



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde  
Departamento de Atenção Especializada e Temática  
Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE ESTABELECIMENTO  
PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE TECIDOS HUMANOS**

Autorização

Renovação da autorização

**Nº do SNT:**

--	--	--	--	--	--	--	--

A ser preenchido pelo **SNT** no ato da **autorização**

A ser preenchida pela **CET** no ato da **renovação**

**Identificação do estabelecimento (conforme consta no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES):**

Nome fantasia: \_\_\_\_\_

Nome empresarial: \_\_\_\_\_

CNES: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_ Conveniado ao SUS: ( ) Sim ( ) Não

Natureza Jurídica: \_\_\_\_\_ Gestão: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Diretor Técnico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

**Modalidade de Transplante:** \_\_\_\_\_

**Marcar a(s) faixa(s) etária(s) dos pacientes que serão atendidos pelo estabelecimento de transplante:**

( ) Pediátrico Tipo I (0 a 12 anos) ( ) Pediátrico Tipo II (13 a 18 anos) ( ) Adulto

**I – Equipe:**

**Equipe médica** – foi apresentada a lista de verificação de equipe: (  ) Sim (  ) Não

**Equipe multidisciplinar mínima (para os casos de Transplante de Membrana Amniótica e de Pele):**

Declaro que a equipe multidisciplinar conta com:

- (  ) Enfermeiro coordenador
- (  ) Enfermeiros e técnicos de enfermagem
- (  ) Fisioterapeutas
- (  ) Psicólogos
- (  ) Assistentes sociais

**II – Obrigatórios – preencher somente sobre a modalidade de transplante solicitada:****A. Para as modalidades de transplante de membrana amniótica e de pele:**

- Laboratório de análises clínicas, com licença sanitária vigente: (  ) Sim (  ) Não
- Sala de cirurgia ou ambulatório adequado para a realização do transplante: (  ) Sim (  ) Não
- Serviço de anatomia patológica (próprio ou terceirizado) : (  ) Sim (  ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

- Unidade de terapia intensiva (quando indicado): (  ) Sim (  ) Não

**B. Para a modalidade de transplante de tecidos cardiovasculares:**

- Laboratório de análises clínicas, com licença sanitária vigente (próprio ou terceirizado): (  ) Sim (  ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

- Radiologia convencional: (  ) Sim (  ) Não
- Sala de cirurgia ou ambulatório adequado para a realização do transplante: (  ) Sim (  ) Não
- Serviço de anatomia patológica (próprio ou terceirizado) : (  ) Sim (  ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

- Serviço de hemoterapia: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de radiologia com tomografia computadorizada, disponível 24 (vinte e quatro) horas: ( ) Sim ( ) Não
- Unidade de terapia intensiva (quando indicado): ( ) Sim ( ) Não

**C. Para a modalidade de transplante de tecidos oculares:**

- Geladeira para armazenamento dos tecidos com controle de temperatura: ( ) Sim ( ) Não
- Microscópio cirúrgico e demais equipamentos e instrumentos oftalmológicos para cirurgia e controle de qualidade dos tecidos oculares humanos: ( ) Sim ( ) Não
- Protocolo de conferência do tecido a ser utilizado, verificando os dados do doador e do receptor, data de validade do tecido, resultado dos exames sorológicos, temperatura da caixa e condições de acondicionamento do tecido: ( ) Sim ( ) Não
- Sala de cirurgia ou ambulatório adequado para a realização do transplante: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de documentação médica e de prontuários de pacientes: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de esterilização: ( ) Sim ( ) Não

**D. Para a modalidade de transplante de tecidos músculo esqueléticos:**

- Laboratório de análises clínicas, com licença sanitária vigente (próprio ou terceirizado): ( ) Sim ( ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

- Radiologia convencional: ( ) Sim ( ) Não
- Sala de cirurgia ou ambulatório adequado para a realização do transplante: ( ) Sim ( ) Não
- Serviço de anatomia patológica (próprio ou terceirizado) : ( ) Sim ( ) Não

Se terceirizado, anexar à proposta SAIPS a cópia do contrato e indicar:

Nome da empresa contratada: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

- Serviço de radiologia com tomografia computadorizada, disponível 24 (vinte e quatro) horas: ( ) Sim ( ) Não

- Serviço de tratamento de deformidades ósseas (quando aplicável): (  ) Sim (  ) Não

**Declaro ciência de que devem ser, obrigatoriamente, anexados à proposta no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde – SAIPS, os seguintes documentos (formato não editável):**

- Cópia do alvará de funcionamento sanitário vigente, não se aceitando a simples apresentação de protocolo de solicitação de inspeção sanitária.
- Nominata, endereço eletrônico e telefone atualizados do diretor geral e técnico do estabelecimento/centro transplantador.
- Cópia dos contratos vigentes celebrados com terceiros na prestação de serviços.

---

Diretor do Estabelecimento

/ /

---

local

---

Data