



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Especializada
Sistema Nacional de Transplantes

**ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE
PELE**

Autorização

Renovação

Nº do SNT:

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

A ser preenchido pelo **SNT** no ato da **autorização**
A ser preenchida pela **CNCDO** no ato da **renovação**

Estabelecimento: _____

CGC

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

 Conveniado ao SUS: S N

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Cidade _____ UF ____ CEP

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

Fone: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Diretor Técnico: _____ CRM _____

Número do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES _____

(Preenchimento obrigatório de acordo com a Portaria GM/MS nº 2600 de 21 de outubro de 2009)

*** Declaro que os itens a seguir constam do processo de pedido de autorização.**

Declarações

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Compromisso de fiscalização e controle pelo SNT |
| <input type="checkbox"/> Ato constitutivo (Contrato Social ou Estatuto do estabelecimento) |
| <input type="checkbox"/> Ato de designação e posse da diretoria |
| <input type="checkbox"/> Equipe especializada contratada ou funcional |
| <input type="checkbox"/> Disponibilidade de pessoal |
| <input type="checkbox"/> Instrumental e equipamentos |
| <input type="checkbox"/> Designação do responsável técnico |
| <input type="checkbox"/> Comprovação da natureza jurídica |
| <input type="checkbox"/> Alvará de Funcionamento Fornecido pela Vigilância Sanitária - VISA |
| <input type="checkbox"/> Nº da autorização das equipes com quem atua. |
| <input type="checkbox"/> Declaração de disponibilidade de serviços em tempo integral para apoio às equipes |
| <input type="checkbox"/> Comprovante de existência e funcionamento de Comissão Intra-hospitalar de Transplante |
| <input type="checkbox"/> Comprovante de existência e funcionamento de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar |

Médico plantonista 24 h

Infra-estrutura-Geral

- Ambulatório especializado para acompanhar os pacientes em recuperação;
- Laboratório de Análises Clínica, 24 horas;
- Centro Cirúrgico;
- Laboratório de Patologia Clínica e serviço de Anatomia Patológica;
- Farmácia com capacidade de prover medicamentos necessários aos procedimentos de transplantes e enxertos;
- Rotina de CCIH, centro cirúrgico e UTI;

Integram o corpo clínico e multi-profissional do estabelecimento

- Pediatra
- Nefrologista
- Infectologista
- Hemoterapeuta
- Radiologista
- Imunologista
- Assistente Social
- Fisioterapeuta
- Especialista em saúde mental

Infra-estrutura-Geral

- Banco de Pele (próprio ou terceirizado);
- Laboratório de Análises Clínicas;
- Radiologia convencional;
- Sala de cirurgia ou ambulatório adequado para a realização do transplante (quando aplicado);
- Serviço de Anatomia Patológica própria ou terceirizada;
- Serviço de documentação médica e de prontuários de pacientes;
- Serviço de Esterilização;
- Serviço de cirurgia plástica ou de atendimento a queimados
- Laboratório(s) de Biologia Molecular, Citogenética e Munofenotipagem (próprios ou terceirizados)
- Unidade de terapia Intensiva (quando indicado);

Observações: _____

Parecer conclusivo: _____

Nome Coordenação Estadual

Assinatura

_____ / _____ / _____

local

Data