



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

**ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE**  
**REQUERIMENTO PARA REALIZAR RETIRADA DE ÓRGÃOS E TECIDOS**

**Autorização**

**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***

- Declaração de compromisso de fiscalização e controle pelo SNT/CNCDO ESTADUAL;
- Ato constitutivo (Contrato Social ou Estatuto do estabelecimento);
- Ato de designação e posse da diretoria;
- Designação do responsável;
- Comprovação da natureza jurídica(CNPJ/CGC)
- Alvará de Funcionamento Fornecido pela Vigilância Sanitária - VISA
- Termo de aceitação da tabela constante na Portaria GM/MS n
- Cópia da vigência do contrato dos serviços terceirizados
- Comprovante de existência e funcionamento de Comissão Intra-hospitalar de Transplante
- Comprovante de existência e funcionamento de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

***Integram o corpo clínico e multi-profissional do estabelecimento***

- Neurologista
- Intensivista
- Anestesista
- Assistente Social
- Enfermeiro (a)

Psicólogo (a)

**Infra-estrutura-Geral**

Declaração que possui centro cirúrgico para realização de retirada de órgãos e tecidos;

Declaração de que possui UTI;

Declaração de que possui Laboratório de Patologia Clínica;

Declaração de que possui Radiologia convencional;

Laboratório Análise Clínicas (próprio ou terceirizado) 24 horas

Farmácia

Serviço de Documentação Médica e de Prontuários de Pacientes

Possui condições para o diagnóstico complementar de Morte Encefálica, conforme disposições em Resolução CFM 1480 de 8 de agosto de 1977, do Conselho Federal de Medicina

Sim

Não

Profissionais habilitados a realizar a determinação de ME:

Nome:		CRM:		Especialidade	
				:	
Nome:		CRM:		Especialidade	
				:	
Nome:		CRM:		Especialidade	
				:	
Nome:		CRM:		Especialidade	
				:	
Nome:		CRM:		Especialidade	
				:	

Quais destes aparelhos abaixo o serviço possui (próprio ou terceirizado)	Sim	Não
Angiografia Cerebral (4 Vasos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cintilografia Radioisotópica Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eco Doppler Colorido Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eletroencefalograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Possui Infra Estrutura Hospitalar Geral para todos os procedimentos citados neste *check-list*:

Sim

Não

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Parecer conclusivo da CNCDO/Estadual: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Nome Coordenação Estadual

---

Assinatura

---

local

---

/

---

Data

---

/