



**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
COORDENAÇÃO GERAL DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES**

DE ACORDO COM O ESTABELECIDO PELA PORTARIA Nº 2692/GM/MS, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2004, REFERENTE AO CADASTRAMENTO/AUTORIZAÇÃO DE BANCO DE TECIDO OCULAR HUMANO (BTOH), ENCAMINHE-SE À SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE/MS, AS INFORMAÇÕES RELACIONADAS NO PROCESSO Nº \_\_\_\_\_ DEVIDAMENTE INSTRUÍDO E ANALISADO POR ESTA SECRETARIA DE SAÚDE.

**BANCO DE TECIDO OCULAR HUMANO:** \_\_\_\_\_

**Endereço** \_\_\_\_\_

**CEP:** \_\_\_\_\_ **Cidade:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_

**Telefone do Banco de Tecido Ocular Humano ( )** \_\_\_\_\_

**FAX do Bc. de Tec. Ocular Humano: ( )** \_\_\_\_\_

**EMAIL do Banco de Tecido Ocular Humano:** \_\_\_\_\_

**I – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO/CADASTRAMENTO PARA BANCO DE OLHOS:**

**1 – NORMAS GERAIS**

Exigências gerais para autorização/cadastramento:

O Banco deve estar instalado e funcionar em estabelecimento hospitalar que esteja credenciado/autorizado pela Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, a realizar a captação e/ou retirada e/ou transplante e/ou enxerto de órgão ou tecido, conforme estabelecido pela Portaria Nº 2692/GM/MS, de 23 de dezembro de 2004.

**ESTABELECIMENTO HOSPITALAR:** \_\_\_\_\_

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

**Número do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES** \_\_\_\_\_

(Preenchimento obrigatório de acordo com a Portaria SAS/MS nº 284 de 25 de junho de 2004)

<b>NATUREZA:</b>	CONTRATADO	<input type="checkbox"/>
	ESTADUAL	<input type="checkbox"/>
	FEDERAL	<input type="checkbox"/>
	FILANTRÓPICO	<input type="checkbox"/>
	MUNICIPAL	<input type="checkbox"/>
	PRÓPRIO	<input type="checkbox"/>
	UNIVERSITÁRIO	<input type="checkbox"/>
	UNIVERSITÁRIO COM FIDEPS	<input type="checkbox"/>

Endereço do Estabelecimento Hospitalar \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Telefone da Direção Do Hospital ( ) \_\_\_\_\_

Fax da Direção Do Hospital ( ) \_\_\_\_\_

E-mail da Direção Do Hospital \_\_\_\_\_

O Banco cumpre no que lhe cabe, ao disposto no Decreto nº 2268 de 30 de junho de 1997 e do Regulamento Técnico aprovado pela Portaria GM/MS Nº 3.407, de 05 de agosto de 1998.

( ) sim ( ) não

O Banco apresenta Licença de Funcionamento emitida pela Coordenadoria de Fiscalização Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com a Portaria Nº 2692/GM/MS, 23 de dezembro de 2004 com a Resolução RDC Nº 347, de 02/12/03, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Anvisa, do Ministério da Saúde.

( ) sim ( ) não

N.º da licença próprio para o Banco de Tecido Ocular Humano: \_\_\_\_\_ (**Anexar cópia**)

Prazo de Validade da Licença: \_\_\_\_\_

Equipe Técnico-Científica e Administrativa:

O responsável técnico pelo Banco de Tecido Ocular Humano e o responsável técnico substituto devem ser médicos especialistas em oftalmologia, com título devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde o Banco estiver instalado, com experiência comprovada, com duração mínima de seis meses, em doenças externas oculares e córnea.

O responsável técnico pelo Banco e o responsável técnico substituto devem estar credenciados/autorizados, pela Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, a realizar retirada e/ou transplante e/ou enxerto de órgão ou tecido, como responsáveis técnicos por suas equipes.

NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

**Anexar cópia do comprovante de especialização em doenças externas oculares e córnea.**

AUTORIZAÇÃO DO SNT Nº \_\_\_\_\_ PORTARIA Nº \_\_\_\_\_, DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

**Anexar cópia do comprovante de especialização em doenças externas oculares e córnea.**

AUTORIZAÇÃO DO SNT Nº \_\_\_\_\_ PORTARIA Nº \_\_\_\_\_, DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Demais Integrantes da Equipe Técnico-Científica e Administrativa do BTOH:

NOME: \_\_\_\_\_

FORMAÇÃO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_

FUNÇÃO NO BTOH: \_\_\_\_\_ CARGA HORÁRIA: \_\_\_\_\_

Anexar comprovante de escolaridade.

NOME: \_\_\_\_\_

FORMAÇÃO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_

FUNÇÃO NO BTOH: \_\_\_\_\_ CARGA HORÁRIA: \_\_\_\_\_

Anexar comprovante de escolaridade.

NOME: \_\_\_\_\_

FORMAÇÃO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_

FUNÇÃO NO BTOH: \_\_\_\_\_ CARGA HORÁRIA: \_\_\_\_\_

Anexar comprovante de escolaridade.

NOME: \_\_\_\_\_

FORMAÇÃO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_

FUNÇÃO NO BTOH: \_\_\_\_\_ CARGA HORÁRIA: \_\_\_\_\_

Anexar comprovante de escolaridade.

Instalações Físicas:

De acordo com a Resolução Anvisa RDC N° 347, de 02/12/03, o Banco de Tecido Ocular Humano poderá utilizar, de forma compartilhada, as atividades de apoio técnico ou logístico (serviços de lavanderia, rouparia, limpeza e esterilização de materiais, sanitários de funcionários, vestiários, farmácia e outros) do hospital onde está localizado. A infra-estrutura física do banco de Tecido Ocular Humano, deverá ser de uso e acesso exclusivos para tal finalidade, devendo ser constituída por ambientes contíguos. Os acabamentos de paredes, pisos, tetos e bancadas, assim como as instalações prediais ordinárias e especiais devem seguir a Resolução Anvisa RDC n° 50/2002.

Especificamente, o Banco deve contar com as seguintes instalações:

- **Sala de recepção de tecidos oculares**  
( ) sim      ( ) não
- **Sala de processamento e armazenamento de tecidos oculares**  
( ) sim      ( ) não
- **Sala administrativa**  
( ) sim      ( ) não

Equipamentos:

O Banco deve contar, no mínimo, com os seguintes equipamentos/materiais:

- **Dois refrigeradores;** Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_  
( ) sim ( ) não Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_
- **Caixas Térmicas e Recipientes adequados ao transporte e dos tecidos oculares;**  
( ) sim ( ) não
- **Material cirúrgico para obtenção e processamento dos tecidos oculares;**  
( ) sim ( ) não
- **Lâmpada de fenda com magnificação mínima de 40x;**  
( ) sim ( ) não Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_
- **Câmara de Segurança Biológica Classe II Tipo A;**  
( ) sim ( ) não Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_
- **Suporte para avaliação de córneas.**  
( ) sim ( ) não

Sistema de Comunicação:

O Banco deve possuir sistema de comunicação próprio e exclusivo que permita atender aos chamados, efetivamente, nas 24 horas do dia.

**O Banco possui sistema de comunicação próprio e exclusivo, com atendimento nas 24 horas do dia?**

( ) sim ( ) não Especificar: \_\_\_\_\_

Sistema de Transporte:

O Banco deve contar com um sistema de transporte que permita atender aos chamados, efetivamente, nas 24 horas do dia.

**O Banco conta com um sistema de transporte para atendimento nas 24 horas do dia?**

( ) sim ( ) não Especificar: \_\_\_\_\_

Documentação:

O Banco deve possuir formulários próprios, específicos para as informações sobre os procedimentos de processamento dos tecidos oculares doados, sobre os doadores e receptores, além dos documentos de autorização das doações, mantendo os arquivos em dia e disponíveis para vistorias pelo Sistema Nacional de Transplantes, pela CNCDO e pelo órgão de vigilância sanitária do Estado.

O Banco de Tecido Ocular Humano possui formulários para documentação das informações sobre os procedimentos de obtenção, processamento e utilização dos tecidos oculares doados?

( ) sim ( ) não Anexar cópias dos formulários

O Banco de Tecido Ocular Humano possui normas e rotinas escritas e assinadas pelo responsável técnico?

( ) sim ( ) não

Vistoria realizada pela Secretaria Estadual ou Secretaria Municipal de Saúde com representante do Conselho Brasileiro de Oftalmologia e Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos.

**Representante da Secretaria de Estado da Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde**

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

**Representante do Conselho Brasileiro de Oftalmologia**

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

**Representante da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos**

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

**II – POSICIONAMENTO DO GESTOR ESTADUAL NO CADASTRAMENTO DO BANCO DE TECIDO OCULAR HUMANO, DENTRO DO PLANO ESTADUAL:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**III - CONCLUSÃO**

O Banco de Tecido Ocular Humano atende as exigências da Portaria nº 2692/GM de 23/12/04, para autorização/cadastramento de Banco de Tecido Ocular Humano:

SIM  NÃO

**IV - PARECER ASSINADO PELO SECRETÁRIO DE SAÚDE:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**V – LOCAL:** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**VI – CARIMBO E ASSINATURA DO COORDENADOR DA CNCDO-ESTADUAL** \_\_\_\_\_

**VII - CARIMBO E ASSINATURA DO SECRETÁRIO:** \_\_\_\_\_