



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

ESTABELECIDAMENTOS DE SAÚDE
REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE
RIM

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.**

<i>Declararções</i>	
<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

Integram o corpo clínico e multi-profissional do estabelecimento

Pediatra

Nefrologista

Infectologista

Cirurgião Geral

Endocrinologista

Urologista

Radiologista

Imunologista

Assistente Social

Fisioterapeuta

Especialista em saúde mental

Infra-estrutura-Geral

Ambulatório para acompanhamento pós-transplante

Laboratório de análise

Serviço de Imagenologia (radiologia, ultra-sonografia) 24 horas.

Serviço de Anatomia Patológica

Serviço de Hemoterapia 24 horas

Unidade de Terapia Intensiva

Centro cirúrgico, para a realização concomitante dos procedimentos de retirada e de implante;

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Farmácia com capacidade de prover medicamentos necessários aos procedimentos de transplantes e enxertos;

Laboratório de Histocompatibilidade autorizado pelo SNT/MS.

Rotina de CCIH, centro cirúrgico e UTI;

Infra-estrutura-Especifica

Ecocardiografia Bidimensional com medidor direcional de vazão

Eletrocardiografia convencional ou dinâmica

Eletrocardiograma

Radiologia Convencional Vascular

Serviço de Endoscopia

Serviço de Endoscopia Digestiva Alta

Serviço de Fisioterapia

Serviço de Hemoterapia com capacidade de atender a necessidade de grandes quantidades de sangue e hemoderivados

Serviço de Radiologia Convencional e Intervencionista

- Serviço de Tomografia Computadorizada
- Serviço de Tomografia Computadorizada de Abdômen
- Serviço de Ultra-Sonografia com medidor convencional de vazão (Doppler Colorido)
- Serviços de Avaliação da Função Cardíaca
- Sistema de Infusão de sangue com capacidade de vazão de até onze litros por minuto
- Sistema de Monotirização da Coagulação Sanguínea
- Serviço de Diálise Aguda
- Unidade Coronariana
- Unidade de Tratamento Dialítico (próprio ou terceirizado)
- Unidade de Tratamento Dialítico incluindo Hemofiltração (próprio ou terceirizado)
- Ultra-sonografias
- Serviço de Broncoscopia
- Laboratório de Histocompatibilidade (próprio ou terceirizado)
- Hospital-Dia

Observações: _____

Parecer conclusivo: _____

Nome Coordenação Estadual

Assinatura

local

_____/_____/_____
Data