



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

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE
CÓRNEA

Nº do SNT:

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

A ser preenchido pelo SNT

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
<input type="checkbox"/>	Médico plantonista 24 h

Integram o corpo clínico e multi-profissional do estabelecimento

Oftalmologista responsável para atendimento 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;

Infra estrutura-específica

Banco de Tecido Ocular Humano (próprio ou terceirizado);

Laboratório de Patologia Clínica disponível 24 horas;

Laboratório(s) de Biologia Molecular, Citogenética e Munofenotipagem (próprios ou terceirizados);

Microscópio cirúrgico e demais equipamentos e instrumentos oftalmológicos para cirurgia e controle de qualidade dos tecidos oculares humanos;

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

Observações: _____

Parecer conclusivo: _____

Nome Coordenação Estadual

Assinatura

local

_____/_____/_____
Data