



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

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE
PÂNCREAS

☐ **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 de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017)

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

Declarações	
☐	Compromisso de fiscalização e controle pelo SNT
☐	Ato constitutivo (Contrato Social ou Estatuto do estabelecimento)
☐	Ato de designação e posse da diretoria
☐	Equipe especializada contratada ou funcional
☐	Disponibilidade de pessoal
☐	Instrumental e equipamentos
☐	Designação do responsável técnico
☐	Alvará de Funcionamento Fornecido pela Vigilância Sanitária - VISA
☐	Nº da autorização das equipes com quem atua.
☐	Declaração de disponibilidade de serviços em tempo integral para apoio às equipes
☐	Comprovante de existência e funcionamento de Comissão Intra-hospitalar de Transplante
☐	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-Específica	
☐	Cineangiocardiografia
☐	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 Hemodinâmica
☐	Serviço de Hemoterapia com capacidade de atender a necessidade de grandes quantidades de sangue e hemoderivados
☐	Serviço de Radiologia Convencional e Intervencionista

- ☐ Serviço de Radiologia Intervencionista com recursos diagnósticos e terapêuticos nas áreas: vascular e de vias biliares
- ☐ 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 Circulação Extracorpórea com bombas centrífugas
- ☐ Sistema de Infusão Controlada e aquecida de fluídos e bombas de fusão rápida
- ☐ 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