



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
PELE

☐ **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

☐ 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;

Integram o corpo clínico e multi-profissional do estabelecimento

- ☐ Pediatra
- ☐ Nefrologista
- ☐ Infectologista
- ☐ Hemoterapeuta
- ☐ Radiologista
- ☐ Imunologista
- ☐ Assistente Social
- ☐ Fisioterapeuta
- ☐ Especialista em saúde mental

Infra-estrutura-Geral

- ☐ Banco de Pele (próprio ou terceirizado);
- ☐ Laboratório de Análises Clínicas;
- ☐ Radiologia convencional;
- ☐ 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;
- ☐ Serviço de cirurgia plástica ou de atendimento a queimados
- ☐ Laboratório(s) de Biologia Molecular, Citogenética e Munofenotipagem (próprios ou terceirizados)
- ☐ Unidade de terapia Intensiva (quando indicado);

Observações: _____

Parecer conclusivo: _____

Nome Coordenação Estadual Assinatura

local / Data / _____