



<b>NORMA DE PROCEDIMENTO – SESA Nº 016</b>			
<b>Tema:</b>		<b>PROCESSO DE CREDENCIAMENTO DE ESTABELECIMENTOS E DE EQUIPES DE TRANSPLANTE</b>	
<b>Emitente:</b>		NÚCLEO ESPECIAL DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS (NECO)/GEREH	
<b>Sistema:</b>		<b>Código:</b> SESA	
<b>Versão:</b>	02	<b>Aprovação:</b>	<b>Vigência:</b>

## 1. OBJETIVOS

1.1 Definir os procedimentos para credenciamento e renovação de estabelecimentos e equipes para captação e transplante de tecidos sólidos, ósseo e córnea.

## 2. ABRANGÊNCIA

- 2.1 A CET-ES orienta e analisa as documentações exigidas na legislação para credenciamento das equipes e estabelecimentos que têm interesse em realizar transplante no Espírito Santo.
- 2.2 Central Estadual de Transplantes do Espírito Santo
- 2.3 Hospitais Estaduais (Hospitais Próprios, Hospitais Filantrópicos, Hospitais Conveniados e Hospitais Privados);
- 2.4 Sistema Nacional de Transplantes – SNT;
- 2.5 Central Nacional de Transplantes – CNT;
- 2.6 Clínicas de Hemodiálise do Espírito Santo;
- 2.7 Clínicas Odontológicas do Espírito Santo;
- 2.8 Clínicas Oftalmológicas do Espírito Santo;
- 2.9 Banco de Olhos do Espírito Santo;
- 2.10 Laboratório de Imunogenética;
- 2.11 Gestor do Processo: Central Estadual de Transplantes-ES.

## 3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

- 3.1 LEI Nº 9.434/1997 – Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.
- 3.2 LEI Nº 10.211/01 – Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de



1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento".

**3.3** DECRETO Nº 9.175/2017 – Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento.

**3.4** RESOLUÇÃO DO CFM Nº 2.173/2017 – Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica.

**3.5** PORTARIA Nº 2600/09 – Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.

**3.6** PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 4, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 - Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde.

**3.7** PORTARIA GM/MS Nº 3.264, DE 11 DE AGOSTO DE 2022 - Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa de Qualidade no Processo de Doação e Transplantes (QUALIDOT).

**3.8** PORTARIA GM/MS Nº 3.265, DE 11 DE AGOSTO DE 2022 - Define o 1º Ciclo do Programa de Qualidade no Processo de Doação e Transplantes (QUALIDOT), de que trata o Capítulo X do Título IV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017.

---

## 4. DEFINIÇÕES

---

**4.1** A CET-ES orienta e analisa as documentações exigidas na legislação para credenciamento das equipes e estabelecimentos que têm interesse em realizar transplante no Espírito Santo.

**4.2** **CET-ES:** Central Estadual de Transplantes – Espírito Santo.

**4.3** **CIB:** Comissão Intergestores Bipartite.

**4.4** **CGSNT:** Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplante.

**4.5** **DIO:** Diário Oficial da União.

**4.6** **LIG:** Laboratório de Biologia Molecular e Imunogenética.

**4.7** **RT:** Responsável Técnico.

**4.8** **SNT:** Sistema Nacional de Transplantes.

**4.9** **SAIPS:** Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de saúde.



---

## 5. UNIDADES FUNCIONAIS ENVOLVIDAS

---

- 5.1 **SNT** – Sistema Nacional de Transplantes;
- 5.2 **CGSNT** – Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes;
- 5.3 **CET-ES** – Central Estadual de Transplantes do Espírito Santo
- 5.4 Hospitais do Estado (Hospitais Próprios, Hospitais Filantrópicos, Hospitais Conveniados e Hospitais Privados);
- 5.5 Clínicas/Consultórios Oftalmológicos do Estado;
- 5.6 Clínicas de Hemodiálise do Estado;
- 5.7 Clínicas/Consultórios Odontológicas do Estado;
- 5.8 Banco de Olhos do Estado;
- 5.9 Laboratório de Histocompatibilidade.
- 5.10 **GESTOR DO PROCESSO:** Central Estadual de Transplantes do Espírito Santo

---

## 6. CLIENTES

---

- 6.1 Hospitais do Estado (Hospitais Próprios, Hospitais Filantrópicos, Hospitais Conveniados e Hospitais Privados);
- 6.2 Clínicas/Consultórios Oftalmológicos do Estado;
- 6.3 Clínicas de Hemodiálise do Estado;

---

## 7. RESULTADO

---

- 7.1 Instituição Credenciada;
- 7.2 Comunicado de Vencimento do Credenciamento;
- 7.3 Profissional Desligado.

---

## 8. EVENTO INICIAL

---

- 8.1 Os estímulos que disparam a execução do processo são:
  - a. Interesse em credenciamento
  - b. Ofício da instituição solicitando o credenciamento e/ou renovação do credenciamento para equipe de transplantes e/ou estabelecimento.
  - c. Ofício de solicitação de exclusão de membro da equipe credenciada. interesse em credenciamento.



---

## 9. PROCEDIMENTOS

---

O processo de credenciamento contempla 04 ações distintas que se complementam: credenciamento de estabelecimentos e equipe, monitoramento dos credenciamentos, credenciamento de dentistas e inclusão/exclusão de membros da equipes.

### 9.1 SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO DE ESTABELECIMENTOS E EQUIPES:

#### T01. Receber solicitação de credenciamento

Caberá as instituições encaminhar a solicitação de credenciamento para habilitação das ações de doação em transplantes para a conta [credenciamentos@saude.es.gov.br](mailto:credenciamentos@saude.es.gov.br).

#### T02. Encaminhar checklist com documentação necessária

Responder solicitação de credenciamento anexando o checklist referente conforme perfil da instituição solicitante. (vide anexo I).

**Fim do item 9.1** com a entrega do checklist a instituição solicitante.

### 9.2 CREDENCIAMENTO DE ESTABELECIMENTOS E EQUIPES:

#### T03. Identificar envio de documentação para credenciamento (*loop*).

Caberá a CET consultar na conta [credenciamentos@saude.es.gov.br](mailto:credenciamentos@saude.es.gov.br) os pedidos de credenciamento e/ou renovação com a referida documentação.

- Se não há registro de envio de documentação para credenciamento e/ou renovação.

**Fim do item 9.2** com monitoramento de envio de documentação para credenciamento e/ou renovação realizado.

- Se há registro de envio de documentação para credenciamento e/ou renovação.

#### T04. Analisar a documentação recebida

Conferir a documentação de revisão do credenciamento e/ou renovação conforme o checklist específico ao perfil da instituição (anexo I).



Se documentação não conforme

**T05.** Solicitar ajustes ao solicitante

Responder e-mail da instituição solicitando ajustes na documentação conforme irregularidades apontadas.

**Fim do item 9.2** com a entrega das não conformidades documentais.

Se documentação conforme

**T06.** Identificar a instituição e/ou equipe se está credenciada a prestar serviço de transplante.

Consultar no Sistema Nacional de Transplante se a instituição solicitante está cadastrada para o serviço de transplante.

Se instituição não credenciada para prestar o serviço de transplante

**T07.** Encaminhar solicitação de credenciamento a CIB

Encaminhar via EDOCS a solicitação de credenciamento com a respectiva documentação a CIB, solicitando parecer técnico de credenciamento da instituição para prestação de serviço de transplante.

**T08.** Verificar resposta da CIB quanto ao parecer técnico.

Analisar o parecer técnico.

- Se parecer técnico negativo

**T09.** Responder solicitação de credenciamento a instituição conforme o parecer técnico da CIB.

Responder e-mail da instituição solicitante informando o motivo da negativa ao pedido de credenciamento.

**Fim do item 9.2** com a entrega do motivo do não credenciamento.

**- Se parecer técnico positivo**

**T10.** Encaminhar à documentação de credenciamento e/ou renovação para parecer técnico da Central Estadual de Transplante.

Encaminhar parecer técnico da CIB via EDOCS para a chefe de núcleo da central estadual de transplantes, solicitando emissão de parecer técnico.



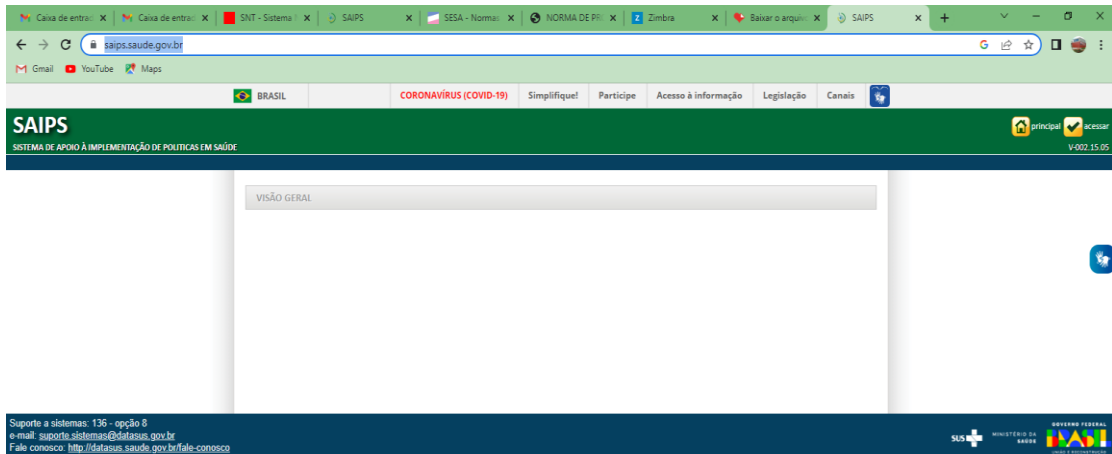
T11. Verificar resposta da CET quanto ao parecer técnico.

Analisar o parecer técnico.

T12. Executar tarefa T13.

- Se instituição credenciada

T13. Cadastrar documentação no sistema SAIPS

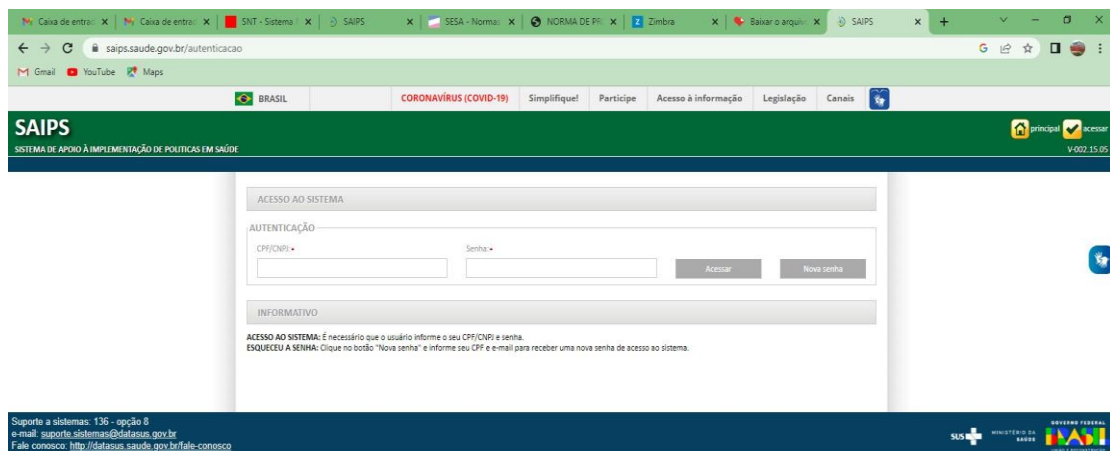


Fim do item 9.2 com a entrega da renovação do credenciamento da instituição solicitante das ações do transplante.

### 9.3 ANÁLISE DE PARECER DO TÉCNICO DO MS DE RENOVAÇÃO E CREDENCIAMENTO

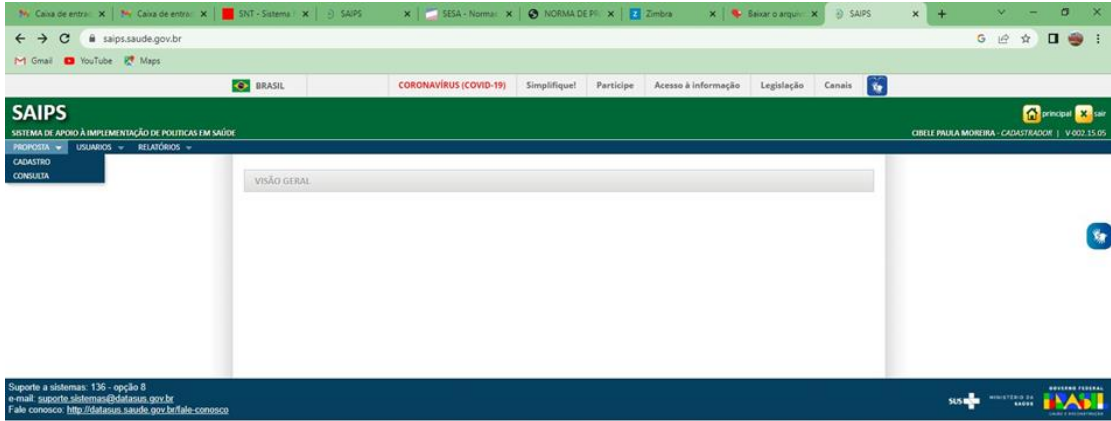
T14. Monitorar a resposta de renovação/credenciamento.

**Passo 1** – Fazer login na página do SAIPS.

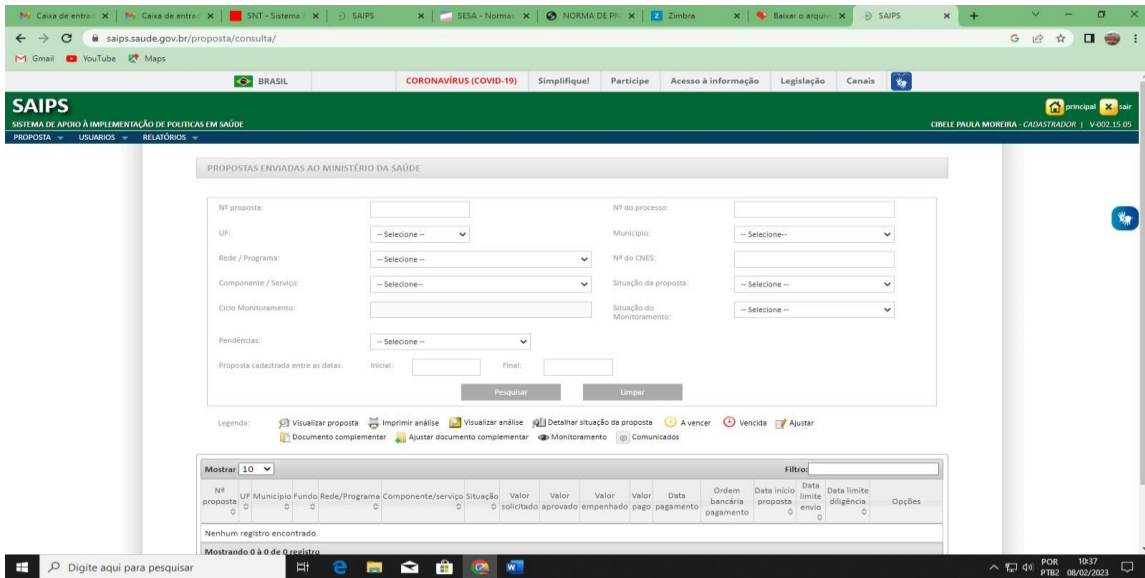




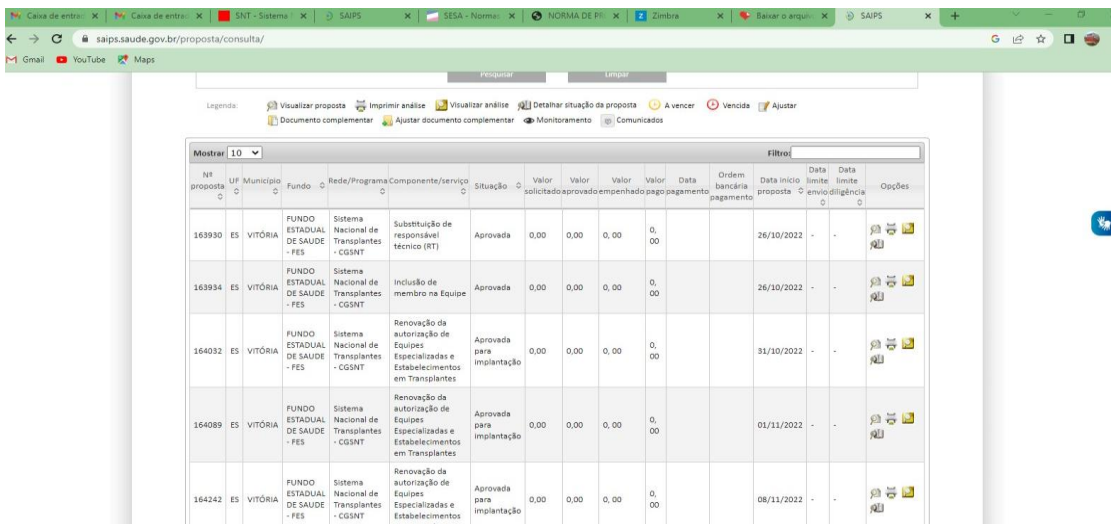
**Passo 2 - Clicar no link Proposta e consulta.**



**Passo 3 – Clicar em UF e selecionar o Estado ES e clicar em pesquisar.**



**Passo 4 – Abrirá uma página com todas as propostas cadastradas no sistema e sua situação atual.**





**- Se a coluna de situação for rejeitada**

**T15.** Responder solicitação de credenciamento a instituição conforme o parecer técnico do MS.

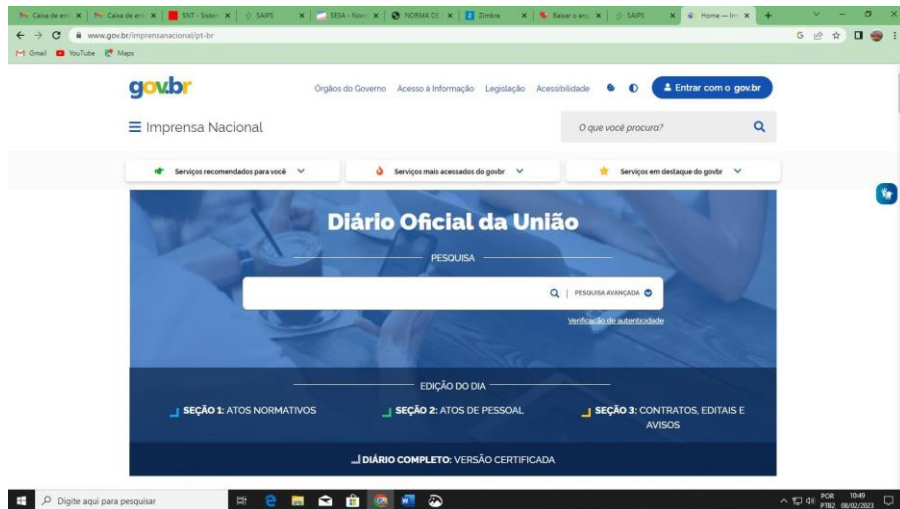
Responder e-mail da instituição solicitante informando o motivo da negativa ao pedido de credenciamento.

**Fim do item 9.3** com a entrega do motivo do não credenciamento.

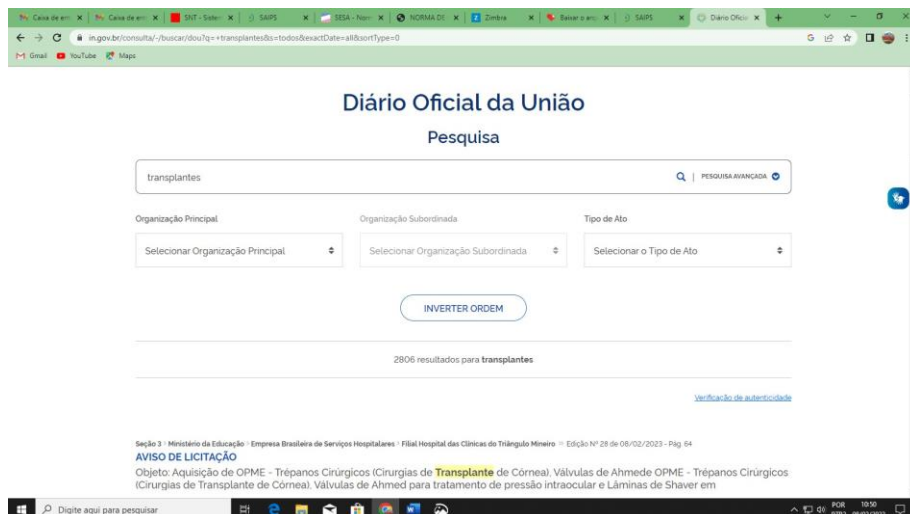
**- Se a coluna de situação for aprovada**

**T16.** Monitorar publicação de portaria de credenciamento e/ou renovação da instituição solicitante no Diário Oficial da União. (loop)

**Passo 1 – Pesquisar por transplantes.**



**Passo 2 – Pesquisar pelas portarias de transplantes com data atualizada.**







GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**Passo 3** – Conferir a portaria na aba Diário completo, e confirmar se é o credenciamento solicitado.



**T17.** Responder solicitação de credenciamento a instituição conforme a publicação do MS.

Responder e-mail da instituição solicitante informando a aprovação da solicitação de credenciamento e/ou renovação.

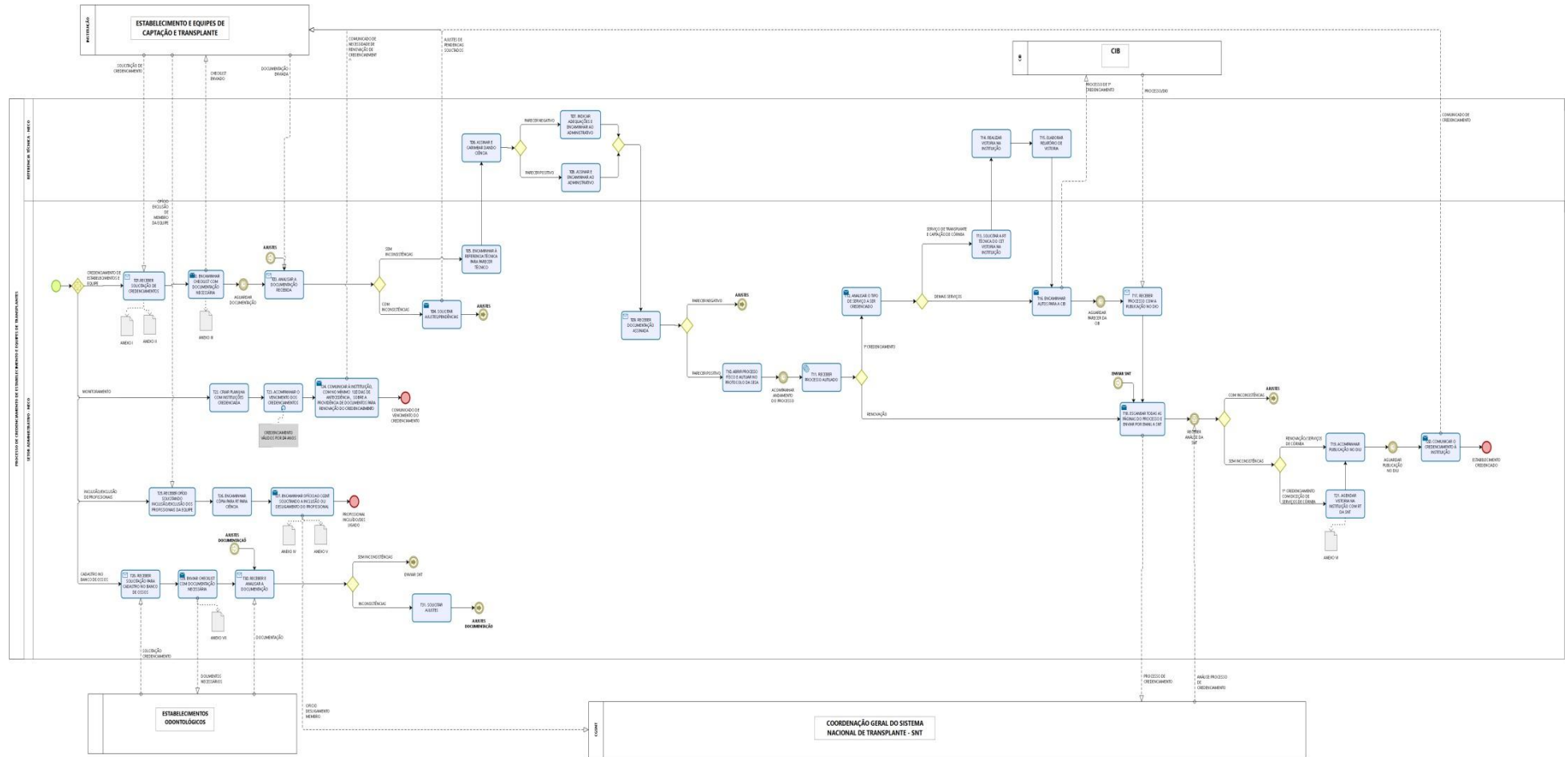
**Fim do item 9.3** com a entrega da aprovação pelo MS da solicitação de credenciamento.

**Fim do processo de credenciamento de estabelecimentos e de equipes de transplante.**



# GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE





---

---

## 10. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

---

---

**10.1** O descredenciamento pode ocorrer pela falta do envio de documentação solicitada, pela falta de pedido de renovação do credenciamento ou por demanda espontânea. No caso de demanda espontânea deverá ser enviado um ofício ao CET-ES e aguardar publicação no DIU.

**10.2** No caso de inconsistências apontadas pelo CGSNT o setor administrativo entrará em contato com a instituição e depois de receber os ajustes não será necessário passar pela referência técnica do CET-ES para novo parecer.

---

---

## 11. ANEXOS

---

---

**11.1** ANEXO I – Requerimento de cadastro de estabelecimentos de saúde para realizar transplante de tecido músculo esquelético, Córnea, Rim, Fígado e Coração.

**11.2** ANEXO II – Requerimento de cadastro de equipe especializada para realizar transplante de tecido músculo esquelético, Córnea, Rim, Fígado e Coração.

**11.3** ANEXO III - Documentos

**11.4** ANEXO IV - Ofício padrão de exclusão/inclusão de membro de equipe

**11.5** ANEXO V - Cadastro do profissional para retirada e transplantes de órgãos outecidos

**11.6** ANEXO VI - Modelo de Declaração de Fiscalização do SNT

**11.7** ANEXO VII – Cadastro Nacional de Cirurgiões Dentistas para utilização de enxerto de tecido ósseo

---

---

## 12. ASSINATURAS

### EQUIPE DE ELABORAÇÃO:

CIBELE PAULA MOREIRA ENFERMEIRA	Priscila Bacchetti Cezar Weber Médica
Elaborado em 08/02/2023	



14

<b>APROVAÇÃO:</b>	
MARIA DOS SANTOS MACHADO Chefe de Núcleo	Aprovado em 08/02/2023

15



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO I  
DOCUMENTOS

Para **Autorização** e **Renovação** de **EQUIPES** e **ESTABELECIMENTOS** deverão ser encaminhados para a CET-ES todos os documentos, segundo o Check list, com os itens citados, de acordo com o órgão ou tecido específico.

Ofício da Instituição solicitando Autorização ou renovação do credenciamento para o Estabelecimento ou Equipe de transplante (órgão ou tecido específico); <b>caso seja equipe nova no hospital, o ofício deve pedir a autorização</b>	
Check list preenchido	
Ficha de cadastro do profissional – Cada membro da equipe	
Alvará de Funcionamento do Estabelecimento Fornecido pela Vigilância Sanitária – VISA (Atualizada)	
Certidão Negativa de infrações éticas no CRM (todos os membros da equipe)	
Título de residência ou especialidade (apenas para membros novos)	
Comprovação de experiência na área (apenas para membros novos)	
Declaração de disponibilidade para realizar os procedimentos em tempo integral de todos os membros da equipe	
Declaração de capacidade da equipe de realizar, de modo concomitante, os procedimentos de retirada e transplante de órgãos	
Relatório da produção e acompanhamento dos transplantes com doadores vivos e falecidos realizados durante o período da autorização, apresentando resultados de sobrevivência de pacientes e enxertos aos primeiros 15 dias, 3º, 6º, 12º, 36º e 60º meses, nos casos em que se aplique; (equipe nova não se aplica)	
Relatório dos órgãos e/ou tecidos recusados para transplante e das razões de recusa, durante o último período de vigência da autorização	
Cópias dos procedimentos operacionais a assistências atualizadas - Rotinas do CC, CME, CCIH e CIHDOTT (para os estabelecimento que possuem mais de oitenta leitos)	

Para **Estabelecimentos**, acrescentar os seguintes documentos:

Declaração de compromisso de fiscalização e controle pelo SNT	
Ato Constitutivo (Contrato Social ou Estatuto do estabelecimento)	
Ato de designação e posse da diretoria	
Designação do responsável técnico (médico da instituição certidão negativa CRM)	
Comprovante de existência e funcionamento de Comissão Intra-hospitalar de Transplante -CIHDOTT, constando a nominata e os indicadores de eficiência durante período de vigência do credenciamento	
Comprovante de existência e funcionamento de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar- CCIH	

Responsável pelo recebimento  
(Assinatura e Carimbo)

Documentos recebidos  
\_\_\_\_\_  
(Data/Hora)



**ANEXO II**  
**OFÍCIO PADRÃO DE EXCLUSÃO/INCLUSÃO DE MEMBRO DE EQUIPE**

Vitória, 03 de Agosto de 20..

Ao Senhor (a)

Encaminhamos em anexo documentos necessários para credenciamento de (renovação ou autorização) da equipe do médico xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx no Hospital conforme portaria de Consolidação N°04 de 28 de Setembro de 2017. Informamos que o profissional médico xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx faz parte do corpo clínico da instituição. Segue abaixo lista dos documentos anexados:

Cordialmente,

Diretor Clínico do Hospital ....



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

**ANEXO III**

**CADASTRO DO PROFISSIONAL PARA RETIRADA E TRANSPLANTES  
DE ÓRGÃOS OU TECIDOS**

**Preenchimento obrigatório e individualizado para todos os membros da equipe**

Vinculado a CNCDO (UF): \_\_\_\_\_

Data do Cadastro:     /     /

Nome do profissional: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefones para contato: (    ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Número CRM/UF: \_\_\_\_\_ CPF do Profissional: \_\_\_\_\_

Especialidade médica na Equipe: \_\_\_\_\_

Nº da Equipe no SNT: \_\_\_\_\_

Equipe vinculada ao Estabelecimento: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional médico membro da equipe de transplantes



**ANEXO IV**

**Modelo de Declaração de Fiscalização do SNT**

Declaramos para os devidos fins que nosso estabelecimento pode ser fiscalizado pelo SNT – Sistema Nacional de Transplantes.

---

Nome do Médico (a)

---

Nome do Médico (a)





**ANEXO V**

**CADASTRO NACIONAL DE CIRURGIÕES DENTISTAS PARA UTILIZAÇÃO DE ENXERTO DE  
TECIDO ÓSTEO**

**PESSOA FISICA**

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

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ CRO: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Especialidade**     Implantodontia     Periodontia     Cirurgia Buço-Maxilo facial

**ATENÇÃO**

- Anexar cópia da titulação de especialista com registro no CFO
- Anexar cópia do Registro Profissional (CRO)

**PESSOA JURIDICA – Estabelecimento de Atuação**

Razão Social: \_\_\_\_\_

CGC: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Cirurgião Dentista

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local e Data



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde  
Departamento de Atenção Especializada e Temática  
Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes

**ANEXO VI**

**EQUIPE ESPECIALIZADA  
REQUERIMENTO PARA REALIZAR CAPTAÇÃO/RETIRADA DE ÓRGÃOS**

Autorização

Renovação

Nº do SNT:

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

A ser preenchido pelo **SNT** no ato da **autorização**  
A ser preenchida pela **CET** no ato da **renovação**

Nome da Equipe: \_\_\_\_\_  
(No caso de inexistência de nome próprio para a equipe a mesma será identificada pelo nome do responsável técnico.)

**Responsável técnico pela equipe:**

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

CRM: \_

Especialização: \_\_\_\_\_  Título de residência ou especialidade  
 Certidão Negativa de infrações éticas no CRM  Comprovação de experiência na área

**Membros da equipe:**

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

CRM: \_

Especialização: \_\_\_\_\_  Título de residência ou especialidade  
 Certidão Negativa de infrações éticas no CRM  Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: \_\_\_\_\_  Título de residência ou especialidade  
Certidão Negativa de infrações éticas no CRM  Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: \_\_\_\_\_  Título de residência ou especialidade  
Certidão Negativa de infrações éticas no CRM  Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

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



# GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

Estabelecimentos autorizados onde a equipe irá atuar (CAMPO OBRIGATÓRIO):

1) Nome: \_\_\_\_\_

CGC | | | | | | | | | | / | | | | | | - | | | | |

2) Nome: \_\_\_\_\_

CGC | | | | | | | | | | / | | | | | | - | | | | |

(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/renovação.**

<b>DECLARAÇÕES</b>	
<input type="checkbox"/>	Declaração de disponibilidade para realizar os procedimentos em tempo integral de todos os membros da equipe
<input type="checkbox"/>	Declaração de capacidade da equipe de realizar, de modo concomitante, os procedimentos de retirada e transplante do órgão.
<input type="checkbox"/>	Relatório da produção e acompanhamento dos transplantes com doadores vivos e falecidos realizados durante o período da autorização, apresentando resultados de sobrevida de pacientes e enxertos aos primeiros 15 dias, 3º, 6º, 12º, 36º e 60º meses, nos casos em que se aplique.
<input type="checkbox"/>	Relatório dos órgãos e tecidos recusados para transplante e das razões de recusa, durante o último período de vigência da autorização
<input type="checkbox"/>	Cópias dos procedimentos operacionais e assistenciais atualizadas.

\* Declaro que os itens assinalados constam do processo de pedido de autorização.

Observações: _____
_____
_____

Parecer conclusivo: (preenchimento obrigatório pelo(a) Coordenador(a) da CET):
_____
_____

_____ Nome Coordenação Estadual	_____ Assinatura
_____ local	_____/_____ Data / _



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde  
Departamento de Atenção Especializada e Temática  
Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes

**ANEXO VII**

**EQUIPE ESPECIALIZADA  
REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE  
CORAÇÃO**

Autorização

Renovação

Nº do SNT:

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

A ser preenchido pelo **SNT** no ato da **autorização**

A ser preenchida pela **CET** no ato da **renovação**

Nome da Equipe: \_\_\_\_\_  
(No caso de inexistência de nome próprio para a equipe a mesma será identificada pelo nome do responsável técnico.)

**Responsável técnico pela equipe:**

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

**Membros da equipe:**

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_



# GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

Estabelecimentos autorizados onde a equipe irá atuar (CAMPO OBRIGATÓRIO):

1) Nome: \_\_\_\_\_

CGC | | | | | | | | | | / | | | | | | - | | | |

2) Nome: \_\_\_\_\_

CGC | | | | | | | | | | / | | | | | | - | | | |

(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/renovação.**

<b>DECLARAÇÕES</b>	
<input type="checkbox"/>	Declaração de disponibilidade para realizar os procedimentos em tempo integral de todos os membros da equipe
<input type="checkbox"/>	Declaração de capacidade da equipe de realizar, de modo concomitante, os procedimentos de retirada e transplante do órgão.
<input type="checkbox"/>	Relatório da produção e acompanhamento dos transplantes com doadores vivos e falecidos realizados durante o período da autorização, apresentando resultados de sobrevida de pacientes e enxertos aos primeiros 15 dias, 3º, 6º, 12º, 36º e 60º meses, nos casos em que se aplique.
<input type="checkbox"/>	Relatório dos órgãos e tecidos recusados para transplante e das razões de recusa, durante o último período de vigência da autorização
<input type="checkbox"/>	Cópias dos procedimentos operacionais e assistenciais atualizadas.

**\* Declaro que os itens assinalados constam do processo de pedido de autorização.**

Observações: _____ _____ _____
--------------------------------------

Parecer conclusivo: (preenchimento obrigatório pelo(a) Coordenador(a) da CET): _____ _____
--

Nome Coordenação Estadual _____	Assinatura _____
local _____	Data _____/_____/_____

Coração	<ul style="list-style-type: none"><li>- <u>Um cardiologista</u> com residência ou título de especialista com treinamento de seis meses em transplante cardíaco em hospital de ensino ou de excelência;</li><li>- <u>Um cirurgião cardiovascular</u> com residência ou título de especialista com treinamento formal, com duração mínima de doze meses, em serviço especializado em transplante de coração;</li><li>- <u>Um cirurgião torácico</u> com residência ou título de especialista;</li><li>- <u>Dois anestesistas</u> com residência ou título de especialista, com experiência de três meses em cirurgia cardíaca.</li></ul>
---------	--



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde  
Departamento de Atenção Especializada e Temática  
Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes

**ANEXO VIII**

**EQUIPE ESPECIALIZADA  
REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE  
CORNEAS**

**Autorização**

**Renovação**

**Nº do SNT:**

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

A ser preenchido pelo **SNT** no ato da **autorização**  
A ser preenchida pela **CET** no ato da **renovação**

Nome da Equipe: \_\_\_\_\_  
(No caso de inexistência de nome próprio para a equipe a mesma será identificada pelo nome do responsável técnico.)

**Responsável técnico pela equipe:**

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

**Membros da equipe:**

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_



# GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

Estabelecimentos autorizados onde a equipe irá atuar (CAMPO OBRIGATÓRIO):

1) Nome: \_\_\_\_\_

CGC | | | | | | | | | | / | | | | | | | | - | | | | |

2) Nome: \_\_\_\_\_

CGC | | | | | | | | | | / | | | | | | | | - | | | | |

(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/renovação.**

<b>DECLARAÇÕES</b>	
<input type="checkbox"/>	Declaração de disponibilidade para realizar os procedimentos em tempo integral de todos os membros da equipe
<input type="checkbox"/>	Declaração de capacidade da equipe de realizar, de modo concomitante, os procedimentos de retirada e transplante do órgão.
<input type="checkbox"/>	Relatório da produção e acompanhamento dos transplantes com doadores vivos e falecidos realizados durante o período da autorização, apresentando resultados de sobrevida de pacientes e enxertos aos primeiros 15 dias, 3°, 6°, 12°, 36° e 60° meses, nos casos em que se aplique.
<input type="checkbox"/>	Relatório dos órgãos e tecidos recusados para transplante e das razões de recusa, durante o último período de vigência da autorização
<input type="checkbox"/>	Cópias dos procedimentos operacionais e assistenciais atualizados.

**\* Declaro que os itens assinalados constam do processo de pedido de autorização.**

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Parecer conclusivo: (preenchimento obrigatório pelo(a) Coordenador(a) da CET):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome Coordenação Estadual Assinatura

\_\_\_\_\_  
Local \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data /\_

Córnea	- <u>Um médico oftalmologista</u> , com residência ou título de especialista com treinamento formal, pelo período mínimo de seis meses nessa modalidade de transplante em hospital de ensino ou de excelência.
--------	--



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde  
Departamento de Atenção Especializada e Temática  
Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes

**ANEXO IX**

**EQUIPE ESPECIALIZADA  
REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE  
FIGADO**

Autorização

Renovação

Nº do SNT:

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

A ser preenchido pelo **SNT** no ato da **autorização**  
A ser preenchida pela **CET** no ato da **renovação**

Nome da Equipe: \_\_\_\_\_  
(No caso de inexistência de nome próprio para a equipe a mesma será identificada pelo nome do responsável técnico.)

**Responsável técnico pela equipe:**

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

**Membros da equipe:**

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área





# GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

Estabelecimentos autorizados onde a equipe irá atuar (CAMPO OBRIGATÓRIO):

1) Nome: \_\_\_\_\_

CGC | | | | | | | | | | / | | | | | | - | | | |

2) Nome: \_\_\_\_\_

CGC | | | | | | | | | | / | | | | | | - | | | |

(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/renovação.**

<b>DECLARAÇÕES</b>	
<input type="checkbox"/>	Declaração de disponibilidade para realizar os procedimentos em tempo integral de todos os membros da equipe
<input type="checkbox"/>	Declaração de capacidade da equipe de realizar, de modo concomitante, os procedimentos de retirada e transplante do órgão.
<input type="checkbox"/>	Relatório da produção e acompanhamento dos transplantes com doadores vivos e falecidos realizados durante o período da autorização, apresentando resultados de sobrevida de pacientes e enxertos aos primeiros 15 dias, 3º, 6º, 12º, 36º e 60º meses, nos casos em que se aplique.
<input type="checkbox"/>	Relatório dos órgãos e tecidos recusados para transplante e das razões de recusa, durante o último período de vigência da autorização
<input type="checkbox"/>	Cópias dos procedimentos operacionais e assistenciais atualizadas.

**\* Declaro que os itens assinalados constam do processo de pedido de autorização.**

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Parecer conclusivo: (preenchimento obrigatório pelo(a) Coordenador(a) da CET):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nome Coordenação Estadual	Assinatura
_____	_____ / _____ / _____
local	Data

Fígado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Um médico clínico</u> com residência ou título de especialista, sendo um deles em gastroenterologista com treinamento formal, com duração mínima de seis meses, em serviço de hepatologia e transplante de fígado em hospital de ensino ou de excelência;</li> <li>- <u>Dois cirurgiões</u> com residência ou título de especialista com treinamento formal, com duração mínima de um ano, em serviço especializado em transplante de fígado em hospital de ensino ou de excelência;</li> <li>- <u>Dois médicos anestesistas</u> com residência ou título de especialistas com experiência de, no mínimo três meses em transplantes de órgãos abdominais.</li> </ul>
--------	--



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde  
Departamento de Atenção Especializada e Temática  
Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes

**ANEXO X**

**EQUIPE ESPECIALIZADA  
REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE  
CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS**

**Autorização**

**Renovação**

**Nº do SNT:**

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

A ser preenchido pelo **SNT** no ato da **autorização**  
A ser preenchida pela **CET** no ato da **renovação**

Nome da Equipe: \_\_\_\_\_  
(No caso de inexistência de nome próprio para a equipe a mesma será identificada pelo nome do responsável técnico.)

**Responsável técnico pela equipe:**

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

**Membros da equipe:**

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_



# GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

Estabelecimentos autorizados onde a equipe irá atuar (CAMPO OBRIGATÓRIO):

1) Nome: \_\_\_\_\_

CNPJ | | | | | | | | | | / | | | | | | | | - | | | | |

2) Nome: \_\_\_\_\_

CNPJ | | | | | | | | | | / | | | | | | | | - | | | | |

(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/renovação.**

<b>DECLARAÇÕES</b>	
<input type="checkbox"/>	Declaração de disponibilidade para realizar os procedimentos em tempo integral de todos os membros da equipe
<input type="checkbox"/>	Declaração de capacidade da equipe de realizar, de modo concomitante, os procedimentos de retirada e transplante do órgão.
<input type="checkbox"/>	Relatório da produção e acompanhamento dos transplantes com doadores vivos e falecidos realizados durante o período da autorização, apresentando resultados de sobrevivência de pacientes e enxertos aos primeiros 15 dias, 3º, 6º, 12º, 36º e 60º meses, nos casos em que se aplique.
<input type="checkbox"/>	Relatório dos órgãos e tecidos recusados para transplante e das razões de recusa, durante o último período de vigência da autorização
<input type="checkbox"/>	Cópias dos procedimentos operacionais e assistenciais atualizadas.

**\* Declaro que os itens assinalados constam do processo de pedido de autorização.**

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Parecer conclusivo: (preenchimento obrigatório pelo(a) Coordenador(a) da CET):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome Coordenador da CET Assinatura

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
local Data

Células-Tronco Hematopoéticas	- <u>Um médico com residência ou título de especialista em hematologia e/ou um médico especialista em oncologia clínica ou oncologia pediátrica, com experiência comprovada de seis meses na realização de transplantes autólogos ou alogênicos em hospital de ensino ou de excelência.</u>
-------------------------------	---



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde  
Departamento de Atenção Especializada e Temática  
Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes

**ANEXO XI**

**EQUIPE ESPECIALIZADA  
REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE  
MULTIVISCERAL – TMV e TID**

Autorização

Renovação

Nº do SNT:

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

A ser preenchido pelo **SNT** no ato da **autorização**

A ser preenchida pela **CET** no ato da **renovação**

Nome da Equipe: \_\_\_\_\_  
(No caso de inexistência de nome próprio para a equipe a mesma será identificada pelo nome do responsável técnico.)

**Responsável técnico pela equipe:**

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

**Membros da equipe:**

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_



# GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

Estabelecimentos autorizados onde a equipe irá atuar (CAMPO OBRIGATÓRIO):

1) Nome: \_\_\_\_\_

CGC | | | | | | | | | | / | | | | | | | | - | | | | |

2) Nome: \_\_\_\_\_

CGC | | | | | | | | | | / | | | | | | | | - | | | | |

(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/renovação.**

<b>DECLARAÇÕES</b>	
<input type="checkbox"/>	Declaração de disponibilidade para realizar os procedimentos em tempo integral de todos os membros da equipe
<input type="checkbox"/>	Declaração de capacidade da equipe de realizar, de modo concomitante, os procedimentos de retirada e transplante do órgão.
<input type="checkbox"/>	Relatório da produção e acompanhamento dos transplantes com doadores vivos e falecidos realizados durante o período da autorização, apresentando resultados de sobrevida de pacientes e enxertos aos primeiros 15 dias, 3º, 6º, 12º, 36º e 60º meses, nos casos em que se aplique.
<input type="checkbox"/>	Relatório dos órgãos e tecidos recusados para transplante e das razões de recusa, durante o último período de vigência da autorização
<input type="checkbox"/>	Cópias dos procedimentos operacionais e assistenciais atualizadas.

**\* Declaro que os itens assinalados constam do processo de pedido de autorização.**

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Parecer conclusivo: (preenchimento obrigatório pelo(a) Coordenador(a) da CET):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nome Coordenação Estadual	Assinatura
_____	_____ / _____ / _____
local	Data

Multivisceral	<ul style="list-style-type: none"><li>- <u>Um médico clínico</u> com residência ou título de especialista, sendo um deles em gastroenterologista com treinamento formal, com duração mínima de seis meses, em serviço de hepatologia e transplante de fígado em hospital de ensino ou de excelência;</li><li>- <u>Dois cirurgiões</u> com residência ou título de especialista com treinamento formal, com duração mínima de um ano, em serviço especializado em transplante de fígado em hospital de ensino ou de excelência;</li><li>- <u>Dois médicos anestesiologistas</u> com residência ou título de especialistas com experiência de, no mínimo três meses em transplantes de órgãos abdominais.</li></ul>
---------------	---



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde  
Departamento de Atenção Especializada e Temática  
Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes

**ANEXO XII**

**EQUIPE ESPECIALIZADA  
REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE  
PÂNCREAS**

**Autorização**

**Renovação**

**Nº do SNT:**

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

A ser preenchido pelo **SNT** no ato da **autorização**  
A ser preenchida pela **CET** no ato da **renovação**

Nome da Equipe: \_\_\_\_\_  
(No caso de inexistência de nome próprio para a equipe a mesma será identificada pelo nome do responsável técnico.)

**Responsável técnico pela equipe:**

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

**Membros da equipe:**

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área



# GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

Estabelecimentos autorizados onde a equipe irá atuar (CAMPO OBRIGATÓRIO):

1) Nome: \_\_\_\_\_

CGC | | | | | | | | | | / | | | | | | | | - | | | | |

2) Nome: \_\_\_\_\_

CGC | | | | | | | | | | / | | | | | | | | - | | | | |

(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/renovação.**

<b>DECLARAÇÕES</b>	
<input type="checkbox"/>	Declaração de disponibilidade para realizar os procedimentos em tempo integral de todos os membros da equipe
<input type="checkbox"/>	Declaração de capacidade da equipe de realizar, de modo concomitante, os procedimentos de retirada e transplante do órgão.
<input type="checkbox"/>	Relatório da produção e acompanhamento dos transplantes com doadores vivos e falecidos realizados durante o período da autorização, apresentando resultados de sobrevida de pacientes e enxertos aos primeiros 15 dias, 3º, 6º, 12º, 36º e 60º meses, nos casos em que se aplique.
<input type="checkbox"/>	Relatório dos órgãos e tecidos recusados para transplante e das razões de recusa, durante o último período de vigência da autorização
<input type="checkbox"/>	Cópias dos procedimentos operacionais e assistenciais atualizadas.

**\* Declaro que os itens assinalados constam do processo de pedido de autorização.**

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Parecer conclusivo: (preenchimento obrigatório pelo(a) Coordenador(a) da CET):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nome Coordenação Estadual	Assinatura
Local	Data

Pâncreas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Um nefrologista</u>, com residência ou título de especialista com experiência comprovada de seis meses em serviço de transplante renal em hospital de ensino ou de excelência;</li> <li>- <u>Um urologista</u>, com residência ou título de especialista, com treinamento formal de duração mínima de seis meses em transplante renal em hospital de ensino ou de excelência;</li> <li>- <u>Um cirurgião geral</u> com residência ou título de especialista com treinamento; formal de duração mínima de doze meses em serviço de transplante de pâncreas em hospital de ensino ou de excelência;</li> <li>- <u>Um endocrinologista</u>, com residência ou título de especialista;</li> <li>- <u>Um anestesista</u> com residência ou título de especialista com treinamento de três meses, em transplantes de órgão abdominais.</li> </ul>
----------	---



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde  
Departamento de Atenção Especializada e Temática  
Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes

**ANEXO XIII**

**EQUIPE ESPECIALIZADA  
REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE  
PELE**

Autorização

Renovação

Nº do SNT:

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

A ser preenchido pelo **SNT** no ato da **autorização**  
A ser preenchida pela **CET** no ato da **renovação**

Nome da Equipe: \_\_\_\_\_  
(No caso de inexistência de nome próprio para a equipe a mesma será identificada pelo nome do responsável técnico.)

**Responsável técnico pela equipe:**

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

**Membros da equipe:**

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_





# GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

Estabelecimentos autorizados onde a equipe irá atuar (CAMPO OBRIGATÓRIO):

1) Nome: \_\_\_\_\_

CGC | | | | | | | | | | / | | | | | | - | | | |

2) Nome: \_\_\_\_\_

CGC | | | | | | | | | | / | | | | | | - | | | |

(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/renovação.**

<b>DECLARAÇÕES</b>	
<input type="checkbox"/>	Declaração de disponibilidade para realizar os procedimentos em tempo integral de todos os membros da equipe
<input type="checkbox"/>	Declaração de capacidade da equipe de realizar, de modo concomitante, os procedimentos de retirada e transplante do órgão.
<input type="checkbox"/>	Relatório da produção e acompanhamento dos transplantes com doadores vivos e falecidos realizados durante o período da autorização, apresentando resultados de sobrevida de pacientes e enxertos aos primeiros 15 dias, 3º, 6º, 12º, 36º e 60º meses, nos casos em que se aplique.
<input type="checkbox"/>	Relatório dos órgãos e tecidos recusados para transplante e das razões de recusa, durante o último período de vigência da autorização
<input type="checkbox"/>	Cópias dos procedimentos operacionais e assistenciais atualizadas.

**\* Declaro que os itens assinalados constam do processo de pedido de autorização.**

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Parecer conclusivo: (preenchimento obrigatório pelo (a) Coordenador (a) da CET):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

_____ Nome Coordenação Estadual	_____ Assinatura
_____ local	_____/_____ Data / _

Pele	- <u>Um cirurgião plástico</u> com residência ou título de especialista com experiência em enxertos de pele, em hospital de ensino ou de excelência.
------	--



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO XIII-A

**CADASTRO DO PROFISSIONAL PARA RETIRADA E TRANSPLANTES  
DE ÓRGÃOS OU TECIDOS**  
Preenchimento obrigatório e individualizado para todos os membros da equipe

Vinculado a CNCDO (UF): \_\_\_\_\_ Data do Cadastro: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome do Profissional: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Contatos:

Fone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Fone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_

Celular: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Fax: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_ CPF do Profissional: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Especialidade médica na Equipe

\_\_\_\_\_  
Nº da Equipe no SNT:

Equipe vinculada ao Estabelecimento	Nº do SNT

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional médico membro da equipe de transplantes

**INFORMO A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO CONSTANTE CASO OS DADOS  
PREENCHIDOS SOFREREM ALGUM TIPO DE ALTERAÇÃO.**



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde  
Departamento de Atenção Especializada e Temática  
Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes

**ANEXO XIV**

**EQUIPE ESPECIALIZADA  
REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE  
PULMÃO**

Autorização

Renovação

Nº do SNT:

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

A ser preenchido pelo **SNT** no ato da **autorização**  
A ser preenchida pela **CET** no ato da **renovação**

Nome da Equipe: \_\_\_\_\_  
(No caso de inexistência de nome próprio para a equipe a mesma será identificada pelo nome do responsável técnico.)

**Responsável técnico pela equipe:**

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

**Membros da equipe:**

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_



# GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

Estabelecimentos autorizados onde a equipe irá atuar (CAMPO OBRIGATÓRIO):

1) Nome: \_\_\_\_\_

CGC | | | | | | | | | | / | | | | | | - | | | |

2) Nome: \_\_\_\_\_

CGC | | | | | | | | | | / | | | | | | - | | | |

(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/renovação.**

<b>DECLARAÇÕES</b>	
<input type="checkbox"/>	Declaração de disponibilidade para realizar os procedimentos em tempo integral de todos os membros da equipe
<input type="checkbox"/>	Declaração de capacidade da equipe de realizar, de modo concomitante, os procedimentos de retirada e transplante do órgão.
<input type="checkbox"/>	Relatório da produção e acompanhamento dos transplantes com doadores vivos e falecidos realizados durante o período da autorização, apresentando resultados de sobrevida de pacientes e enxertos aos primeiros 15 dias, 3º, 6º, 12º, 36º e 60º meses, nos casos em que se aplique.
<input type="checkbox"/>	Relatório dos órgãos e tecidos recusados para transplante e das razões de recusa, durante o último período de vigência da autorização
<input type="checkbox"/>	Cópias dos procedimentos operacionais e assistenciais atualizadas.

**\* Declaro que os itens assinalados constam do processo de pedido de autorização.**

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Parecer conclusivo: (preenchimento obrigatório pelo(a) Coordenador(a) da CET):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nome Coordenação Estadual	Assinatura
_____	_____ / _____ / _____
local	Data

Pulmão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Um médico pneumologista</u> com residência ou título de especialista com treinamento formal, com duração mínima de três meses, em serviço especializado em transplante de pulmão em hospital de ensino ou de excelência;</li> <li>- <u>Um cirurgião torácico</u> com residência ou título de especialista com treinamento formal, com duração mínima de doze meses, em cirurgia brônquica e traqueal, realizado em serviço especializado de transplante um pulmão em hospital de ensino ou excelência;</li> <li>- <u>Um cirurgião cardiovascular</u> com residência ou título de especialista;</li> <li>- <u>Dois anestesistas</u>, com residência ou título de especialista com treinamento formal, com duração mínima de três meses, em serviço especializado em transplante de pulmão;</li> <li>- <u>Um médico intensivista</u>, com residência ou título de especialista com treinamento de três meses em suporte inicial pós-operatório em transplante pulmonar em hospital de ensino ou de excelência.</li> </ul>
--------	---



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde  
Departamento de Atenção Especializada e Temática  
Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes

**ANEXO XV**

**EQUIPE ESPECIALIZADA  
REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE  
RIM**

Autorização

Renovação

Nº do SNT:

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

A ser preenchido pelo **SNT** no ato da **autorização**  
A ser preenchida pela **CET** no ato da **renovação**

Nome da Equipe: \_\_\_\_\_  
(No caso de inexistência de nome próprio para a equipe a mesma será identificada pelo nome do responsável técnico.)

**Responsável técnico pela equipe:**

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

**Membros da equipe:**

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área



# GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

Estabelecimentos autorizados onde a equipe irá atuar (CAMPO OBRIGATÓRIO):

1) Nome: \_\_\_\_\_

CGC | | | | | | | | | | / | | | | | | - | | | | |

2) Nome: \_\_\_\_\_

CGC | | | | | | | | | | / | | | | | | - | | | | |

(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/renovação.**

<b>DECLARAÇÕES</b>	
<input type="checkbox"/>	Declaração de disponibilidade para realizar os procedimentos em tempo integral de todos os membros da equipe
<input type="checkbox"/>	Declaração de capacidade da equipe de realizar, de modo concomitante, os procedimentos de retirada e transplante do órgão.
<input type="checkbox"/>	Relatório da produção e acompanhamento dos transplantes com doadores vivos e falecidos realizados durante o período da autorização, apresentando resultados de sobrevida de pacientes e enxertos aos primeiros 15 dias, 3º, 6º, 12º, 36º e 60º meses, nos casos em que se aplique.
<input type="checkbox"/>	Relatório dos órgãos e tecidos recusados para transplante e das razões de recusa, durante o último período de vigência da autorização
<input type="checkbox"/>	Cópias dos procedimentos operacionais e assistenciais atualizadas.

**\* Declaro que os itens assinalados constam do processo de pedido de autorização.**

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Parecer conclusivo: (preenchimento obrigatório pelo(a) Coordenador(a) da CET):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

_____	_____
Nome Coordenação Estadual	Assinatura
_____	_____ / _____ / _____
local	Data

Rim	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dois nefrologistas</b>, com residência ou título de especialista com experiência comprovada de seis meses em serviço de transplante renal em hospital de ensino ou de excelência;</li> <li>- <b>Dois urologistas</b>, ou <b>um urologista e um cirurgião geral</b> com residência ou título de especialista, com treinamento formal de duração mínima de seis meses em transplante renal em hospital de ensino ou de excelência.</li> </ul>
-----	---



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde  
Departamento de Atenção Especializada e Temática  
Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes

**ANEXO XVI**

**EQUIPE ESPECIALIZADA  
REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE  
CONJUGADO DE RIM E PÂNCREAS**

Autorização

Renovação

Nº do SNT:

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

A ser preenchido pelo **SNT** no ato da **autorização**  
A ser preenchida pela **CET** no ato da **renovação**

Nome da Equipe: \_\_\_\_\_  
(No caso de inexistência de nome próprio para a equipe a mesma será identificada pelo nome do responsável técnico.)

**Responsável técnico pela equipe:**

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

**Membros da equipe:**

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_



# GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

Estabelecimentos autorizados onde a equipe irá atuar (CAMPO OBRIGATÓRIO):

1) Nome: \_\_\_\_\_

CGC | | | | | | | | | | / | | | | | | - | | | |

2) Nome: \_\_\_\_\_

CGC | | | | | | | | | | / | | | | | | - | | | |

(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/renovação.**

<b>DECLARAÇÕES</b>	
<input type="checkbox"/>	Declaração de disponibilidade para realizar os procedimentos em tempo integral de todos os membros da equipe.
<input type="checkbox"/>	Declaração de capacidade da equipe de realizar, de modo concomitante, os procedimentos de retirada e transplante do órgão.
<input type="checkbox"/>	Relatório da produção e acompanhamento dos transplantes com doadores vivos e falecidos realizados durante o período da autorização, apresentando resultados de sobrevivência de pacientes e enxertos aos primeiros 15 dias, 3°, 6°, 12°, 36° e 60° meses, nos casos em que se aplique.
<input type="checkbox"/>	Relatório dos órgãos e tecidos recusados para transplante e das razões de recusa, durante o último período de vigência da autorização.
<input type="checkbox"/>	Cópias dos procedimentos operacionais e assistenciais atualizadas.

**\* Declaro que os itens assinalados constam do processo de pedido de autorização.**

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Parecer conclusivo: (preenchimento obrigatório pelo (a) Coordenador (a) da CET):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nome Coordenação Estadual	Assinatura
_____	_____ / _____ / _____
Local	Data

Rim e Pâncreas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Dois nefrologistas</u>, com residência ou título de especialista com experiência comprovada de seis meses em serviço de transplante renal em hospital de ensino ou de excelência;</li> <li>- <u>Dois urologistas</u>, com residência ou título de especialista, com treinamento formal de ensino ou de excelência;</li> <li>- <u>Um cirurgião geral</u> com residência ou título de especialista com treinamento; formal de duração mínima de doze meses em serviço de transplante de pâncreas em hospital de ensino ou de excelência;</li> <li>- <u>Um endocrinologista</u>, com residência ou título de especialista;</li> <li>- <u>Um anestesista</u> com residência ou título de especialista com treinamento de três meses, em transplantes de órgão abdominais.</li> </ul>
----------------	--





**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde  
Departamento de Atenção Especializada e Temática  
Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes

**ANEXO XVII**

**EQUIPE ESPECIALIZADA**  
**REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE**  
**TECIDOS ÓSTEO-CONDRO-FÁCIO-LIGAMENTOSO**

Autorização

Renovação

Nº do SNT:

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

A ser preenchido pelo **SNT** no ato da **autorização**  
A ser preenchida pela **CET** no ato da **renovação**

Nome da Equipe: \_\_\_\_\_  
(No caso de inexistência de nome próprio para a equipe a mesma será identificada pelo nome do responsável técnico.)

**Responsável técnico pela equipe:**

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

**Membros da equipe:**

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_





**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde  
Departamento de Atenção Especializada e Temática  
Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes

**ANEXO XVIII**

**EQUIPE ESPECIALIZADA  
REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE  
VALVA CARDÍACA**

Autorização

Renovação

Nº do SNT:

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

A ser preenchido pelo **SNT** no ato da **autorização**  
A ser preenchida pela **CET** no ato da **renovação**

Nome da Equipe: \_\_\_\_\_  
(No caso de inexistência de nome próprio para a equipe a mesma será identificada pelo nome do responsável técnico.)

**Responsável técnico pela equipe:**

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

**Membros da equipe:**

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

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

CRM: \_



# GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

CRM: \_

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
<input type="checkbox"/> Certidão Negativa de infrações éticas no CRM	<input type="checkbox"/> Comprovação de experiência na área

Estabelecimentos autorizados onde a equipe irá atuar (CAMPO OBRIGATÓRIO):

1) Nome: \_\_\_\_\_

CGC | | | | | | | | | | / | | | | | | - | | | | |

2) Nome: \_\_\_\_\_

CGC | | | | | | | | | | / | | | | | | - | | | | |

(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/renovação.**

<b>DECLARAÇÕES</b>	
<input type="checkbox"/>	Declaração de disponibilidade para realizar os procedimentos em tempo integral de todos os membros da equipe
<input type="checkbox"/>	Declaração de capacidade da equipe de realizar, de modo concomitante, os procedimentos de retirada e transplante do órgão.
<input type="checkbox"/>	Relatório da produção e acompanhamento dos transplantes com doadores vivos e falecidos realizados durante o período da autorização, apresentando resultados de sobrevida de pacientes e enxertos aos primeiros 15 dias, 3°, 6°, 12°, 36° e 60° meses, nos casos em que se aplique.
<input type="checkbox"/>	Relatório dos órgãos e tecidos recusados para transplante e das razões de recusa, durante o último período de vigência da autorização
<input type="checkbox"/>	Cópias dos procedimentos operacionais e assistenciais atualizadas.

\* Declaro que os itens assinalados constam do processo de pedido de autorização.

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Parecer conclusivo: (preenchimento obrigatório pelo (a) Coordenador (a) da CET):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nome Coordenação Estadual	Assinatura
_____	_____
local	_____ / _____ / _____ Data

Válvulas cardíacas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Um cardiologista</u> com residência ou título de especialista, experiência de no mínimo três meses em transplante valvar em hospital de ensino ou de excelência,</li> <li>- <u>Um cirurgião cardiovascular</u> com residência ou título de especialista, com experiência de, no mínimo seis meses em transplantes valvar em hospital de ensino ou de excelência.</li> </ul>
--------------------	---

## ASSINATURAS (3)

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

**CIBELE PAULA MOREIRA**  
ENFERMEIRO - DT  
NECO - SESA - GOVES  
assinado em 18/08/2023 09:32:41 -03:00

**PRISCILA BACCHETTI CEZAR WEBER**  
MEDICO  
NECO - SESA - GOVES  
assinado em 18/08/2023 09:32:04 -03:00

**MARIA DOS SANTOS MACHADO**  
CHEFE NUCLEO ESPECIAL QCE-04  
NECO - SESA - GOVES  
assinado em 18/08/2023 10:06:16 -03:00



### INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 18/08/2023 10:06:16 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)  
por ANGELA BEATRIZ DE CASTRO LIMA (ENFERMEIRO - QSS - NECO - SESA - GOVES)  
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2023-W23QTS>