



NORMA DE PROCEDIMENTO – SSP XXX 046			
Tema:		PROCESSO DE CREDENCIAMENTO DE ESTABELECIMENTOS E DE EQUIPES DE TRANSPLANTE	
Emitente:		NÚCLEO ESPECIAL DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS (NECO)	
Sistema:		SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA	Código: SSP
Versão:	01	Aprovação:	Vigência:

1. OBJETIVOS

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

2. ABRANGÊNCIA

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.

Unidades funcionais envolvidas no processo:

- Central Estadual de Transplantes do Espírito Santo;
- Hospitais Estaduais (Hospitais Próprios, Hospitais Filantrópicos, Hospitais Conveniados e Hospitais Privados);
- Sistema Nacional de Transplantes – SNT;
- Central Nacional de Transplantes – CNT;
- Clínicas de Hemodiálise do Espírito Santo;
- Clínicas Odontológicas do Espírito Santo;
- Clínicas Oftalmológicas do Espírito Santo;
- Banco de Olhos do Espírito Santo;
- Laboratório de Imunogenética;
- Laboratório Central de Saúde Pública do Espírito Santo (LACEN);

Gestor do Processo: Central Estadual de Transplantes-ES.



3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

- **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.
- **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".
- **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.
- **RESOLUÇÃO DO CFM Nº 2.173/2017** – Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica.
- **PORTARIA Nº 2600/09** – Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.
- **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.

4. DEFINIÇÕES

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.

CET	Central Estadual de Transplantes
CET-ES	Central Estadual de Transplantes do Espírito Santo
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIHDOTT	Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante
CGSNT	Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplante
CNT	Central Nacional de Transplantes
DIU	Diário Oficial da União
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública do Espírito Santo
LIG	Laboratório de Biologia Molecular e Imunogenética
RT	Responsável Técnico
SNT	Sistema Nacional de Transplantes



5. UNIDADES FUNCIONAIS ENVOLVIDAS

- SNT – SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES
- CGSNT-COORDENAÇÃO GERAL DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES
- CET-ES – CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO ESPÍRITO SANTO
- HOSPITAIS DO ESTADO (HOSPITAIS PRÓPRIOS, HOSPITAIS FILANTRÓPICOS, HOSPITAIS CONVENIADOS E HOSPITAIS PRIVADOS);
- CLÍNICAS/CONSULTÓRIOS OFTALMOLÓGICOS DO ESTADO;
- CLÍNICAS DE HEMODIÁLISE DO ESTADO;
- CLÍNICAS/CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICAS DO ESTADO;
- BANCO DE OLHOS DO ESTADO;
- *LABORATÓRIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE*

GESTOR DO PROCESSO: CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO ESPÍRITO SANTO.

6. CLIENTES

- Hospitais do Estado (Hospitais Próprios, Hospitais Filantrópicos, Hospitais Conveniados e Hospitais Privados);
- Clínicas/Consultórios Oftalmológicos do Estado;
- 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 INTERESSE EM CREDENCIAMENTO

8.2 OFÍCIO DA INSTITUIÇÃO SOLICITANDO O CREDENCIAMENTO E/OU RENOVAÇÃO DO CREDENCIAMENTO PARA EQUIPE DE TRANSPLANTES E/OU ESTABELECIMENTO.

8.3 OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE MEMBRO DA EQUIPE CREDENCIADA.

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.

1- CREDENCIAMENTO DE ESTABELECIMENTOS E EQUIPE:

T01. RECEBER SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTOS

T02. ENCAMINHAR CHECKLIST COM DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

T03. ANALISAR A DOCUMENTAÇÃO RECEBIDA

- COM INCONSISTÊNCIAS

T04. SOLICITAR AJUSTES/PENDÊNCIAS

- SEM INCONSISTÊNCIAS

T05. ENCAMINHAR À REFERÊNCIA TÉCNICA PARA PARECER TÉCNICO

T06. ASSINAR E CARIMBAR DANDO CIÊNCIA

- PARECER NEGATIVO

T07. INDICAR ADEQUAÇÕES E ENCAMINHAR AO ADMINISTRATIVO

- PARECER POSITIVO

T08. ASSINAR E ENCAMINHAR AO ADMINISTRATIVO

T09. RECEBER DOCUMENTAÇÃO ASSINADA



- PARECER NEGATIVO DA RT – IR PARA T3
- PARECER POSITIVO DA RT

T10. ABRIR PROCESSO FÍSCO E AUTUAR NO PROTOCOLO DA SESA

T11. RECEBER PROCESSO AUTUADO

- CASO SEJA 1º CREDENCIAMENTO:

T12. ANALISAR O TIPO DE SERVIÇO A SER CREDENCIADO

- SE FOR 1º CREDENCIAMENTO DE SERVIÇO DE TRANSPLANTE E CAPTAÇÃO DE CórNEA

T13. SOLICITAR A RT TÉCNICA DO CET VISTORIA NA INSTITUIÇÃO

T14. REALIZAR VISTORIA NA INSTITUIÇÃO

T15. ELABORAR RELATÓRIO DE VISTORIA – após seguir para T16.

- SE FOR 1º CREDENCIAMENTO DE DEMAIS SERVIÇOS

T16. ENCAMINHAR AUTOS PARA A CIB

T17. RECEBER PROCESSO COM A PUBLICAÇÃO NO DIU;

- CASO SEJA RENOVAÇÃO DO CREDENCIAMENTO:

T18. ESCANEAR TODAS AS PÁGINAS DO PROCESSO E ENVIAR POR EMAIL A SNT

- SE HOUVER INCONSISTÊNCIAS APONTADAS PELO SNT IR PARA T3
- SE NÃO HOUVER APONTAMENTO DE INCONSISTÊNCIAS PELO SNT E SE TRATAR DE RENOVAÇÃO DO CREDENCIAMENTO OU 1º CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE TRANSPLANTE E CAPTAÇÃO DE CórNEA:

T19. ACOMPANHAR PUBLICAÇÃO NO DIU

T20. COMUNICAR O CREDENCIAMENTO À INSTITUIÇÃO

- SE NÃO HOUVER APONTAMENTO DE INCONSISTÊNCIAS PELO SNT E SE TRATAR DE 1º CREDENCIAMENTO COM EXECEÇÃO DE SERVIÇO DE CórNEA:



T21. AGENDAR VISTORIA NA INSTITUIÇÃO COM RT DO SNT – após seguir para T19.

2- MONITORAMENTO

T22. CRIAR PLANILHA COM INSTITUIÇÕES CREDENCIADA

T23. ACOMPANHAR O VENCIMENTO DOS CREDENCIAMENTOS

T24. COMUNICAR À INSTITUIÇÃO, COM NO MÍNIMO 120 DIAS DE ANTECEDÊNCIA, SOBRE A PROVIDÊNCIA DE DOCUMENTOS PARA RENOVAÇÃO DO CREDENCIAMENTO

3- EXCLUSÃO/ INCLUSÃO DE PROFISSIONAIS

T25. RECEBER OFÍCIO SOLICITANDO EXCLUSÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE

T26. ENCAMINHAR CÓPIA PARA RT PARA CIÊNCIA

T27. ENCAMINHAR OFÍCIO AO CGSNT SOLICITANDO O DESLIGAMENTO DO PROFISSIONAL

4- CADASTRO NO BANCO DE OSSOS

T28. RECEBER SOLICITAÇÃO PARA CADASTRO NO BANCO DE OSSOS

T29. ENVIAR CHECKLIST COM DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

T30. RECEBER E ANALISAR A DOCUMENTAÇÃO

- SE DOCUMENTAÇÃO ESTEJA SEM INCONSISTÊNCIAS IR PARA T18
- SE DOCUMENTAÇÃO APRESENTA COM INCONSISTÊNCIAS

T31. SOLICITAR AJUSTES



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

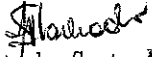
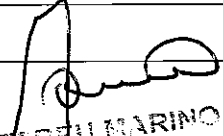
- 11.1 ANEXO I – Requerimento de cadastro de estabelecimentos de saúde para realizar transplante de tecido músculo esquelético
- 11.2 ANEXO II – Requerimento de cadastro de equipe especializada para realizar transplante de tecido músculo esquelético
- 11.3 ANEXO III - Documentos
- 11.4 ANEXO IV - Ofício padrão de exclusão/inclusão de membro de equipe
- 11.5 ANEXO V - Cadastro do profissional para retirada e transplantes de órgãos ou tecidos
- 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 COREN-ES 414731	 Dra. Priscila Bacchetti Cezar Weber Médica Central Estadual de Transplantes - ES Nº Funcional: 3382699 CRM - 8526
CIBELE PAULA MOREIRA ENFERMEIRA	Priscila Bacchetti Cezar Weber Médica
Elaborado em 23/07/2018	



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

APROVAÇÃO:	
<p>MARIA DOS SANTOS MACHADO Chefe de Núcleo</p> <p> Maria dos Santos Machado Central Estadual de Transplantes ES Nº Funcional: 3710149 Coordenadora - NECOICET-ES</p>	<p> JOSÉ TADEU MARINO Subsecretário de Estado de Saúde para Assuntos de Regulação e Organização do Sistema de Saúde. Aprovado em 29/07/2019</p>



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- 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
- Hemoterapeuta
- Radiologista
- Imunologista
- Assistente Social
- Fisioterapeuta
- Especialista em saúde mental

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-especifica

- Banco de Tecido Ósteo-condro-fásccio-ligamentoso (próprio ou terceirizado);
- Laboratório de Análises Clínicas;
- Laboratório(s) de Biologia Molecular, Citogenética e Munofenotipagem (próprios ou terceirizados);
- 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 Hemoterapia (quando aplicado)
- Serviço de Radiologia com Tomografia Computadorizada, disponível 24 horas;
- Serviço de Tratamento de Deformidades ósseas (quando indicado);



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Observações:

Parecer conclusivo:

Nome Coordenação Estadual

Assinatura

local

Data



ANEXO II

Requerimento de cadastro de equipe especializada para realizar transplante de tecido músculo esquelético



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

**EQUIPE ESPECIALIZADA
REQUERIMENTO PARA REALIZAR TRANSPLANTE DE
TECIDOS MÚSCULO ESQUELÉTICO**

Autorização

Renovação

Nº do SNT:

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

A ser preenchido pelo SNT no ato da **autorização**
A ser preenchida pela **CNCDO** 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:

CRM: _____

Nome: _____

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:

CRM: _____

Nome: _____

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

Nome: _____

CRM: _____

Especialização: _____	<input type="checkbox"/> Título de residência ou especialidade
-----------------------	--



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

--

Nome Coordenação Estadual	Assinatura
local	Data

Tecido Ósseo	- Um médico ortopedista com residência ou título de especialista com experiência mínima em enxertia óssea.
--------------	--



ANEXO III
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); caso seja equipe nova no hospital, o ofício deve pedir a autorização	
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)	
Titulo 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 IV
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 2.600 de 21/10/2009. Informamos que o profissional médico xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx faz parte do corpo clínico da instituição.

Segue abaixo lista dos documentos anexados:

Cordialmente,

Diretor Clínico do Hospital



ANEXO V
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: () _____ () _____

Celular: () _____ Fax: () _____

E-mail: _____

Número CRM/UF: _____

Nº do CPF do Profissional : _____

Especialidade médica na Equipe: _____

Nº da Equipe no SNT: _____

Equipe vinculada ao Estabelecimento: _____

Nº do SNT _____

Nº do SNT _____

Nº do SNT _____

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do profissional médico membro da equipe de transplantes



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

ANEXO VI

Modelo de Declaração de Fiscalização do SNT

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

Nome do Médico (a)

Nome do Médico (a)



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO VII

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

CAPTURADO POR	
LETICIA GADELHA ROSSI MEMBRO (COMISSAO UNIDADE EXECUTORA DE CONTROLE INTERNO) SESA - SESA	
DATA DA CAPTURA	03/03/2020 09:11:55 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
VALOR LEGAL	CÓPIA AUTENTICADA ADMINISTRATIVAMENTE
NATUREZA	DOCUMENTO DIGITALIZADO
CONFERÊNCIA	CONFERIDO COM DOCUMENTO ORIGINAL EM SUPORTE PAPEL.

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link <https://e-docs.es.gov.br/documento/registro/2020-N7XMN1>



Consulta via leitor de QR Code.