

**Departamento de Regulação Estadual**

**Divisão de Transplantes**

**REQUERIMENTO PARA REALIZAR RENOVAÇÃO**

**ESTABELECIMENTO E EQUIPE DE TRANSPLANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Estabelecimento: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CNPJ: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Conveniado ao SUS: |  | S |  | N |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Endereço: |  |  | Nº |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bairro: |  | Cidade |  | UF |  | CEP |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fone: |  |  |  | E-mail: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Diretor Técnico: |  | CRM |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Número do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES** |  |

**ENCAMINHAR DOCUMENTOS EM PDF DISTINTOS, PARA O E-MAIL:**

[**credenciamentos-ctx@saude.rs.gov.br**](mailto:credenciamentos-ctx@saude.rs.gov.br)

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
|  | 1. Declaração do Diretor Técnico de permanência das condições de instalações físicas, equipamentos, recursos humanos, rotinas técnicas e administrativas que permitiram a autorização original; |
|  | 2. Nominata da Comissão Intra-Hospitalar para Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT; |
|  | 3. Permissão de funcionamento do serviço emitida pela vigilância sanitária local, com data de  validade referente ao ano do pedido de renovação. |
|  | 4. Checklist com nome, especialização e número do CRM do responsável técnico e de todos os membros da equipe. |
|  | 5.Certidões Negativas de Infrações Éticas emitida pelo CRM do responsável técnico e de todos  os membros da equipe. Validade 60 dias. |
|  | 6. Em casos de novos membros que serão incluídos na equipe, comprovante de experiência e título de especialização/residência; |
|  | 7. Relatório da produção e acompanhamento dos resultados de transplantes com doadores vivos e falecidos realizados durante os períodos de vigência da autorização, apresentando o resultado de sobrevida de pacientes e enxertos aos 15 dias, 3º, 6º, 12º, 36º e 60º meses, nos casos em que se aplique. **Para tecidos, córnea, medula e músculo esquelético somente o relatório da produção.** |
|  | 8. Relatório dos órgãos e tecidos recusados para transplante e razões de recusa, durante o último período de vigência da autorização. **Não se aplica para medula e músculo esquelético.** |

**(Preenchimento obrigatório de acordo com a Portaria GM/MS Nº 4 de 27 setembro de 2017)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Observações: | |  |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Parecer conclusivo: | |  |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nome Coordenação Estadual |  | Assinatura |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | / |  | / |  |
| local |  | Data | | | | |