



INFORMAÇÕES PARA CREDENCIAMENTO DE EQUIPES PARA TRANSPLANTE DE TECIDO OSTEO-CONDRO-FÁCIO-LIGAMENTOSO

Orientações Básicas sobre Autorização de Estabelecimentos e Equipes de Transplantes

Ler a legislação, segundo a necessidade;

1. Formular o processo de pedido de autorização de equipe e/ou estabelecimento, conforme a legislação específica para cada tipo de órgão ou tecido. Obs: os processos de equipes e estabelecimentos são elaborados separadamente;
2. Preencher o [formulário de autorização \(check list\)](#) para equipes e/ou estabelecimento da modalidade desejada (órgão, tecido, banco, busca ativa e captação ou retirada de tecido ocular humano);
3. Para cada item do check list deve-se anexar ao processo uma declaração/comprovante do que está sendo assinalado; em caso de serviços terceirizados, deve-se anexar o contrato;
4. Encaminhar o processo à [Central de Transplantes](#) (CNCDO) do Estado;
5. Aguardar a avaliação da Secretaria Estadual de Saúde e, posteriormente, do SNT;
6. Caso não haja pendências no processo, deve-se aguardar o agendamento de vistoria técnica *in loco*;
7. Após vistoria técnica, se não houver irregularidades/pendências, deve-se aguardar a publicação no D.O.U. da portaria de autorização.

Para renovação de autorização de equipes:

Os seguintes documentos deverão ser encaminhados à CNCDO do estado:

- Certidão Negativa de Infração Ética atualizada dos membros da equipe;
- Revisão da nominata que integra a equipe, acompanhada da documentação relativa aos eventuais novos membros conforme o check-list de equipe.

INFORMAÇÕES OBTIDAS DO SITE NO MINISTÉRIO DA SAÚDE:

http://www.saude.sp.gov.br/content/gestor_destaque_sistema_estadual_transplantes_credenciamento.mmp



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Banco de Tecidos Salvador Arena
BANCO DE TECIDOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS
Nº SNT 35205 SP 17
CC. 010062310



CONDIÇÕES GERAIS:

- ✓ A retirada de tecidos, órgãos e partes e o seu transplante ou enxerto só poderão ser realizados por equipes especializadas e em estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, prévia e expressamente autorizados pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Estado da Saúde;
- ✓ A autorização terá validade pelo prazo de dois anos, renovável por períodos iguais e sucessivos;
- ✓ A renovação deverá ser requerida sessenta dias antes do término de sua vigência, prorrogando-se automaticamente a autorização anterior até a manifestação definitiva do Ministério da Saúde;
- ✓ Os pedidos formulados depois do prazo de sessenta dias, sujeitam-se a manifestação do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde, ficando sem eficácia a autorização a partir da data de expiração de sua vigência.

As autorizações para as equipes especializadas serão concedidas, se atendidos os seguintes critérios:

- a. indicação do responsável técnico pela equipe;
- b. comprovação de experiência profissional na área, por todos os membros da equipe, com descrição do tipo de treinamento recebido;
- c. declaração quanto à disponibilidade da equipe, em tempo integral, para a realização de todos os procedimentos indicados no requerimento de autorização;
- d. declaração quanto à capacidade da equipe para a realização concomitante dos procedimentos de retirada e de transplante, se for o caso (esta declaração não será necessária para solicitação de autorização que contemple as atividades de retirada de órgãos, partes e tecidos)
- e. preenchimento do formulário de credenciamento (check-list) anexo.

CADA MEMBRO DA EQUIPE DEVERÁ APRESENTAR:

- Certidão Negativa de infrações éticas no CRM (a validade será até 31 de dezembro do ano da emissão da certidão);
- Título de residência ou especialidade reconhecido no País (São considerados especialistas os profissionais com títulos registrados no Conselho Federal de Medicina - CFM.);
- Comprovação de experiência na área (Declaração da Instituição onde realizou a experiência e o período de duração);

Obs.: Esta declaração poderá ser emitida pelo Diretor Clínico do Hospital no qual a experiência foi comprovada)

A EQUIPE DE TRANSPLANTE DEVERÁ SER COMPOSTA, NO MÍNIMO, POR:

- a) um médico ortopedista com treinamento formal, com duração mínima de seis meses, em serviço de tratamento de deformidades ósseas;

**INFORMAÇÕES OBTIDAS NO SITE DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO**



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

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 **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:

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: _____

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

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

1) Nome: _____

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

2) Nome: _____

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

(De acordo com a Portaria GM/MS nº 2600 de 21 de outubro de 2009)

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

DECLARAÇÕES

- 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 do órgão.
- 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.
- Relatório dos órgãos e tecidos recusados para transplante e das razões de recusa, durante o último período de vigência da autorização
- 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 CNCDO):

Nome Coordenação Estadual

Assinatura

local

Data

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

**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

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

MODELOS DE DECLARAÇÕES

Orientações de preenchimento.

As declarações devem ser preenchidas e anexadas ao processo de cadastramento.

Instruções de preenchimento:

Onde consta:

Data	Informar a data mais próxima à entrega do processo na Secretaria de Saúde.
Áreas pontilhadas:	Deverão ser retiradas e preenchidas com os dados solicitados.
(Nome e CRM do Responsável Técnico pela Equipe)	Espaço para assinatura e abaixo escrever o nome e CRM do médico chefe da equipe.
(Endereço para correspondência)	Escrever no endereço que o chefe da equipe para correspondência
(Telefone)	No final da página indicar o telefone para contato com a equipe.
(e-mail:)	No final da página indicar o e-mail de contato da equipe

Obs.: Todas as declarações deverão ser assinadas e carimbadas.

São Paulo,

DECLARAÇÃO

Com o objetivo de requerer autorização para realizar **Enxerto de Tecido Ósteo-condro-Fácio-Ligamentoso** no Hospital declaro que a equipe sob minha responsabilidade técnica, composta pelos membros abaixo relacionados, possui disponibilidade em tempo integral para realização de todas as atividades inerentes a este procedimento:

Nome	CRM	Especialidade
.....
.....
.....
.....
.....

Dr.
CRM.

Endereço:
Telefone:
E-mail:

São Paulo,

DECLARAÇÃO

Com o objetivo de requerer autorização para realizar **Enxerto de Tecido Ósteo-condro-Fácio-Ligamentoso** no Hospital, declaro que a equipe sob minha responsabilidade técnica, possui capacidade para realização concomitante dos procedimentos de retirada do órgão e transplante.

Dr.
CRM

Endereço:
Telefone:
E-mail:

São Paulo,

DECLARAÇÃO

Com o objetivo de requerer autorização para realizar **Enxerto de Tecido Ósteo-condro-Fácio-Ligamentoso**, declaro que a equipe sob minha responsabilidade técnica, compromete-se a sujeitar-se à fiscalização e ao controle do Poder Público, facilitando o acesso de seus agentes credenciados.

Dr.
CRM

Endereço:
Telefone:
E-mail:

Modelo de declaração de experiência

(PAPEL TIMBRADO DO HOSPITAL)

DECLARAÇÃO

Declaro, para os fins de cadastramento para realização de transplante de tecidos músculo-esqueléticos, junto ao Sistema Nacional de Transplantes, por intermédio da Secretaria da Saúde do Estado que o Dr. – CRM., recebeu treinamento, estando apto para a realização do citado procedimento.

São Paulo,

Prof. Dr.
Diretor do Departamento.....
Hospital