

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DE TRANSLADO DE RESTOS MORTAIS HUMANOS
(exceto para o desembarque internacional)

Pelo presente instrumento, (identificação do interessado pelo translado)..... documento de identificação RG)..... CPF ou CNPJ (se pessoa física e ou jurídica) (n.º de identificação do documento)..... endereço do interessado, n.º de telefone do interessado pelo translado..., declaro perante essa Autoridade Sanitária estar ciente das normas, procedimentos e exigências referentes ao translado do volume embarcado,..... constituído de urna funerária em que diz conter Restos Mortais Humanos, de (nome da pessoa falecida)..... (n.º de identificação do documento)..... expedido por (órgão expedidor)..... cujo falecimento ocorreu em (identificação do dia, mês, ano e local do falecimento)..... conforme atestado ou certidão de óbito anexo, expressando o compromisso pelo cumprimento e observância da legislação e regulamentação pertinente, bem como do conhecimento das sanções as quais estará sujeita, nos termos da legislação penal, cível e administrativa, em especial da Lei n.º 6.437, de 20 de agosto de 1977.

(identificação do local - Município/UF com dia, mês e ano da declaração)

(IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE)

ANEXO VI

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE EMBARQUE DE TRANSLADO DE RESTOS MORTAIS HUMANOS



Agência Nacional
de Vigilância Sanitária

1. UNID.FISCAL
2. N.º EMIS. DO SIST.....
3. MAQ. EMIS. DOC. 4. DATA DE EMIS. DOC.

Aos (identificação da hora, dia, mês e ano de embarque)..... no.....(identificação do local de embarque por aeroporto, porto ou outro/ Município/UF)..... fica autorizado por esta Autoridade Sanitária o translado pela(nome da empresa responsável pelo translado)..... CNPJ(n.º de identificação do documento)..... na pessoa de seu preposto (nome do funcionário da empresa responsável pelo translado)..... CPF (n.º de identificação do documento)..... de um volume embarcado (descrever o volume que será embarcado) constituído de urna funerária em que diz conter os restos mortais humanos , de (nome da pessoa falecida)..... portadora do documento de identificação civil (n.º de identificação do documento)..... expedido por (órgão expedidor)..... cujo falecimento ocorreu em (hora, dia, mês e ano e local do falecimento)..... conforme certidão de óbito, em anexo e cujo sepultamento ocorrerá na localidade de (identificação do Município e UF e ou país de destino, com especificação da localidade de destino)

(IDENTIFICAÇÃO DA AUTORIDADE SANITÁRIA)
(identificação da matrícula SIAPE)

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

PORTARIA Nº 545, DE 10 DE OUTUBRO DE 2007

O Secretário de Atenção à Saúde - Substituto, no uso de suas atribuições,

Considerando a necessidade de instituir, no âmbito de Sistema Único de Saúde - SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas conforme Portaria nº 816/GM, de 30 de abril de 2002;

Considerando as orientações da Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que define e caracteriza as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial na rede SUS;

Considerando a necessidade de aperfeiçoamento e adequação do modelo de atenção oferecida pelo SUS aos usuários de álcool e outras drogas;

Considerando a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais com ênfase na reabilitação e reinserção social; e

Considerando as diretrizes emanadas da atual Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos transtornos mentais e aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, resolve:

Art. 1º - Habilitar, com pendências, os Centros de Atenção Psicossocial a seguir relacionados, para realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS nº 189, de 20 de Março de 2002.

| UF | Tipo | CNES | CGC/CNPJ | Município | Natureza |
|----|--------|---------|--------------------|--------------------|-------------------|
| PA | CAPS I | 5432804 | 34.887.950/0001-00 | Brasil Novo | Público Municipal |
| RO | CAPS I | 5004470 | 22.855.142/0001-73 | Machadinho D'Oeste | Público Municipal |
| MA | CAPS I | 5349567 | 05.505.334/0001-30 | Guimarães | Público Municipal |

| | | | | | |
|----|--------|---------|--------------------|------------------------|-------------------|
| PB | CAPS I | 5407478 | 08.865.644/0001-54 | Caapora | Público Municipal |
| BA | CAPS I | 5392004 | 14.060.602/0001-49 | São Gonçalo dos Campos | Público Municipal |
| MG | CAPS I | 5453194 | 18.677.591/0001-00 | Extrema | Público Municipal |

Art 2º - Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação, com efeitos financeiros a partir de agosto de 2007.

JOÃO GABBARDO DOS REIS

PORTARIA Nº 546, DE 10 DE OUTUBRO DE 2007

O Secretário de Atenção à Saúde - Substituto, no uso de suas atribuições,

Considerando a Portaria nº 1.168/GM, de 15 de junho de 2004, que institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas;

Considerando a Portaria SAS/MS nº 432, de 06 de junho de 2006, que trata da organização e definição das Redes Estaduais de Assistência em Nefrologia na alta complexidade e estabelece as normas específicas de credenciamento dos serviços e dos centros de nefrologia;

Considerando a Portaria SAS/MS nº 214, de 15 de junho de 2004, que trata dos procedimentos dialíticos;

Considerando a Resolução-RDC nº 154, de 15 de junho de 2004, que estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de diálise; e

Considerando a Portaria nº 1.112/GM, de 13 de junho de 2002, que determina que os procedimentos que compõem o Grupo de Terapia Renal Substitutiva no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, sejam financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC, resolve:

Art. 1º - Habilitar, com pendências, no estado do Ceará o Serviço de Nefrologia a seguir:

ANEXO VII

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DESEMBARQUE DE TRANSLADO DE RESTOS MORTAIS HUMANOS



Agência Nacional
de Vigilância Sanitária

1. UNID.FISCAL
2. N.º EMIS. DO SIST.....
3. MAQ. EMIS. DOC. 4. DATA DE EMIS. DOC.

Aos (identificação da hora, dia, mês e ano do desembarque)..... no.....(identificação do local de desembarque por aeroporto, porto ou outro/ Município/UF)..... fica autorizado por esta Autoridade Sanitária o desembarque pela(nome da empresa responsável pelo translado)..... CNPJ(n.º de identificação do documento)..... na pessoa de seu preposto (nome do funcionário da empresa responsável pelo translado)..... CPF (n.º de identificação do documento)..... de um volume que será desembarcado sob conhecimento de carga (n.º de identificação do documento emitido)..... constituído de urna funerária em que diz conter os restos mortais humanos de (nome da pessoa falecida)..... portadora do documento de identificação civil (n.º de identificação do documento)..... expedido por (órgão expedidor)..... cujo falecimento ocorreu em (hora, dia, mês, ano e local do falecimento)..... conforme certidão de óbito ou equivalente no país de origem, em anexo e cujo sepultamento ocorrerá na localidade de (identificação do Município e UF)..... (IDENTIFICAÇÃO DA AUTORIDADE SANITÁRIA)
(identificação da matrícula SIAPE)

ANEXO VIII

MODELO DE ATA DE CONSERVAÇÃO DE RESTOS MORTAIS HUMANOS

Aos dias do mês dedo ano de ..., às...horas, na sala ...do..., sito à rua ..., da cidade..., Estado de ..., devidamente autorizado pela autoridade policial e pela autoridade sanitária que assinam esta ata, bem como por..... representante legal do falecido Sr.(a).... documento (RG, CPF, Título de Eleitor), (nacionalidade), (estado civil), (profissão), (idade), filho(a) de..... e de, falecido às horas do dia ...de.....de....., certidão de óbito n.º....., do.....Cartório.....da cidade de....., no Estado de

Atestado o óbito pelo Sr. Dr. (médico que assinou o atestado de óbito) que deu como causa mortis (causa do óbito) e nada havendo que contra-indicasse o processo de conservação dos Restos Mortais Humanos , o Dr.....(nome do médico realizador do procedimento de conservação), inscrito no CRM sob o n.º., no Estado de ..., procedeu a conservação técnica que segue.....(descrever o que foi realizado).....

Após o procedimento técnico, os Restos Mortais Humanos foram colocados no interior da urna impermeável, do tipo..... prevista no presente Regulamento, sendo esta, em seguida, lacrada, perante os signatários da ata.

O translado destina-se à cidade de....., no Estado de.....no País.....assegurando-se pelo prazo de desde que mantidas as.....condições sanitárias previstas neste regulamento.

A presente Ata, lavrada em três vias, lida e considerada conforme, é datada de.../.../.... e assinada por:

Autoridade policial _____

Autoridade sanitária _____

Representante da família do falecido _____

Médico responsável pelo ato de conversação CRM n.º _____

Auxiliar do médico _____

Testemunha 1 _____

Testemunha 2 _____

| CNPJ | CNES | UNIDADE |
|--------------------|---------|--|
| 08.060.456/0001-59 | 5458528 | CDE Clínica de Diálise do Eusébio - Eusébio/CE |

§ 1º - A unidade, ora habilitada, deverá entrar em contato com o Gestor do SUS de seu Estado e/ou Município, onde tomará conhecimento das pendências, bem como dos prazos estabelecidos para a solução das mesmas.

§ 2º - Definir que a não solução das pendências, dentro dos prazos fixados para tal, implicará na desabilitação da Unidade.

Art. 2º - Estabelecer que o custeio do impacto financeiro gerado por esta habilitação dar-se-á por remanejamento progressivo do teto do município de Fortaleza para o teto do município de Eusébio, à medida que os pacientes sejam transferidos para a Clínica de diálise ora habilitada, conforme disposto na Resolução nº 147, de 24 de agosto de 2007, da Comissão Intergestores Bipartite do estado do Ceará.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

JOÃO GABBARDO DOS REIS

PORTARIA Nº 547, DE 10 DE OUTUBRO DE 2007

O Secretário de Atenção à Saúde - Substituto, no uso de suas atribuições;

Considerando a Portaria 3.354/GM, de 29 de dezembro de 2006, que redefine os limites financeiros destinados ao custeio da Terapia Renal Substitutiva - TRS, dos Estados, Distrito Federal e Municípios; e

Considerando a Resolução CIB/ES nº 659, de 06 de agosto de 2007, da Comissão Intergestores Bipartite do estado do Espírito Santo, resolve: