

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E TEMÁTICA
COORDENAÇÃO-GERAL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE**

**Organização Local da Linha de Cuidado Da Pessoa com Doença Renal Crônica -
DRC**

GUIA INSTRUTIVO

Brasília – DF
2014

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E TEMÁTICA
COORDENAÇÃO GERAL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Instrutivo para a Organização da Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC)

Introdução

No contexto da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Portaria SAS/MS nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, que Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), esta Coordenação de Média e Alta Complexidade verificou a necessidade da revisão da Portaria SAS/MS nº 432 de 06 de junho de 2006, que determina que as Secretarias de Estado da Saúde adotem as providências necessárias para organizar e implantar as Redes Estaduais de Assistência em Nefrologia na Alta Complexidade, uma vez que essa Portaria está pautada exclusivamente na alta complexidade, regulando e financiando apenas os serviços de diálise.

Dessa forma, a revisão da Portaria foi desenvolvida no contexto do desenvolvimento de uma linha de cuidado de forma a reestruturar a rede de cuidados, garantindo a continuidade e integralidade da atenção, não apenas pautada na diálise ou na alta complexidade.

A partir da revisão da Portaria foi publicada a Portaria GM/MS nº 389, de 13 de março de 2014, que define critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.

A linha de cuidado estabelece um pacto entre os diversos atores dos pontos de atenção da rede de atenção à saúde, estabelecendo fluxos de referência e contra referência para assistir ao usuário com DRC no SUS, buscando mudar assim a realidade de que aproximadamente 70% dos pacientes que iniciam a diálise acessam o sistema de saúde pela porta da urgência. Assim, a organização da linha de cuidado favorecerá o diagnóstico precoce da DRC, o tratamento de suas complicações, e consequentemente favorecer um início na TRS em melhores condições clínicas.

1. PASSO A PASSO PARA A ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA-DRC

O Gestor de Saúde (Secretaria de Saúde) deve realizar um planejamento para organizar a linha de cuidado seguindo as diretrizes e critérios definidos na Portaria GM/MS nº 389, de 13/03/2014 e Portaria nº 483 GM/MS, de 01 de abril de 2014.

No planejamento deve constar:

1.1 Dados do Gestor de Saúde responsável pela linha de cuidado (município sede ou Estado):

- a. Código IBGE:
- b. Contato da Secretaria de Saúde responsável – municipal ou estadual (e-mail e telefone):
- c. Nome do responsável técnico (Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde):
- d. Contato da área técnica responsável (e-mail e telefone):

1.2 Caso a linha de cuidado seja estruturada para atender a uma Região de Saúde (RS) ou a um Estado, e não apenas a um município, informar:

- a. A relação de municípios com o quantitativo da população que farão parte da linha de cuidado.

1.3 Identificação da população estimada de pessoas com Doença Renal Crônica.

Considerando que a DRC é uma doença silenciosa e que na maior parte do tempo de sua evolução é assintomática, é necessário identificar os grupos de riscos (como por exemplo: hipertensos, diabéticos, idosos, Portadores de obesidade (IMC > 30 Kg/m²), histórico de doença do aparelho circulatório, histórico de DRC na família, tabagismo e uso de agentes nefrotóxicos) com o objetivo do diagnóstico precoce, bem como quais são os fatores de pior prognóstico, definidos como aqueles fatores que estão relacionados à progressão mais rápida para perda de função renal. Os recursos diagnósticos utilizados para identificar o paciente com DRC são a Taxa de Filtração Glomerular -TFG, o exame sumário de urina (EAS) e um exame de imagem, preferencialmente a ultrassonografia dos rins e vias urinárias. Após o diagnóstico, todos os pacientes devem ser classificados, de acordo com a tabela abaixo:

Tabela 1: Classificação da DRC

Estágio	TFG (ml/min/1,73 m ²)
---------	-----------------------------------

1	≥ 90
2	60 – 89
3 a	45 – 59
3 b	30 – 44
4	15 – 29
5	< 15

Observação: A classificação das pessoas com DRC, estágio 1 e 2, devem levar em consideração exames complementares para evidenciar dano renal e não apenas a TFG (ver documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – DRC no SUS).

Importante- O Ministério da Saúde publicou as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – DRC no sistema único de saúde, disponível no endereço eletrônico: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/mais-sobre-sas/177-mais-sobre-sas/9665-outro> que tem como objetivo oferecer orientações às equipes multiprofissionais sobre o cuidado da pessoa sob o risco ou com diagnóstico de DRC, abrangendo a estratificação de risco, estratégias de prevenção, diagnóstico e o seu manejo clínico.

1.4 Definição das competências e as ações a serem desenvolvidas por cada ponto de atenção do município/distrito/região/estado que estará envolvido na linha de cuidado, no que se refere ao cuidado da população com DRC.

A Portaria GM/MS nº 389, de 13/03/2014 e a Portaria nº 483/GM/MS, de 01 de abril de 2014, trazem algumas competências/atribuições de cada ponto de atenção, porém outras poderão ser sugeridas conforme a realidade local.

1.5 Descrever a estrutura de serviços disponíveis no Município ou na Região de Saúde, a ser utilizada para implantar a linha de cuidado, e estimar a estrutura necessária para atendimento da demanda.

O Gestor de Saúde (Secretaria de Saúde) deverá fazer uma análise situacional dos estabelecimentos de saúde, de atenção básica, atenção especializada ambulatorial e atenção especializada hospitalar, para comparar o que está disponível com o que seria necessário para atender a demanda identificada. Nesse diagnóstico deverá realizar uma avaliação da estrutura física e dos profissionais, com o objetivo de verificar se o serviço atende aos critérios da Portaria GM/MS nº 389, de 14 de março de 2014.

1.6 Identificar quais são as Unidades de Atenção Básica que serão matriciadas pelos Serviços de Atenção Especializada (Unidade Especializada em

DRC e Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise), de acordo com o proposto pela Portaria GM/MS n° 389, de 13/03/2014.

O Gestor de Saúde (Secretaria de Saúde) deverá relacionar as Unidades de Atenção Básica e seus respectivos números do Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – SCNES que receberão o apoio matricial dos Serviços de Atenção Especializada (Unidade Especializada em DRC e Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise). O Gestor de Saúde (Secretaria de Saúde) deverá cadastrar o CNES das UBS no CNES do respectivo serviço de Atenção Especializada.

1.7 Identificação das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia (serviço de nefrologia) já habilitados de acordo com o código 15.01, que poderão ser reclassificados e serem inseridos na linha de cuidado.

O Gestor de Saúde (Secretaria de Saúde) deverá realizar um diagnóstico dos estabelecimentos de saúde atualmente habilitadas como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia, com o objetivo de identificar quais as Unidades que possuem condições ou que podem ser adequadas para realizarem o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 (pré diálise) e matricular as equipes de atenção básica nos temas relacionados a doenças renais ou nas demais situações previstas no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS. Dessa forma, essas unidades poderão ser reclassificadas e habilitadas como “Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise”. Ver item 2.1

1.8 Identificar os estabelecimentos de saúde de Atenção Hospitalar que serão referência para o atendimento da pessoa com DRC em casos de urgência e emergência.

As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e as Unidades Especializadas em DRC com TRS/Diálise deverão prestar os primeiros atendimentos ao paciente nos casos de intercorrências que ocorrerem durante o processo de diálise, garantindo a estabilização do paciente e dar continuidade à assistência por meio da regulação de urgência e emergência. A regulação de urgência e emergência de referência local deverá garantir o transporte do paciente e a continuidade da assistência necessária para as referências previamente pactuadas locorregionalmente.

1.9 Descrever as ações e serviços de regulação e, se houver Central de Regulação, com indicação do CNES.

Descrever como funciona o processo regulador, como as consultas, marcação de exames, disponibilidade de vagas para a diálise, com as quantidades programadas, disponibilidade de vagas nos hospitais da Rede do SUS que serão referência para o atendimento da pessoa com DRC em casos de urgência e emergência. Descrever o fluxo de referência e contrarreferência entre os pontos de atenção envolvidos na operacionalização da linha de cuidado.

1.10 Definir os indicadores de qualidade e as metas que serão utilizados para monitoramento e avaliação das Linhas de Cuidado.

Os estabelecimentos de saúde que prestam assistência às pessoas com DRC, habilitados pelos critérios definidos na Portaria GM/MS nº 389, de 13/03/2014, deverão produzir as informações para atender aos indicadores de qualidade definidos no Anexo II da referida Portaria e se comprometer com as metas estabelecidas.

2 ORIENTAÇÕES GERAIS PARA A ADESÃO E HABILITAÇÃO PARA INTEGRAR A LINHA DE CUIDADO DA PESSOA COM DRC

As unidades básicas de saúde devem se organizar para realizar o acompanhamento das pessoas com DRC, em especial, das pessoas com DRC estágio 1,2 3a e 3b. Ver orientações no documento “Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – DRC no sistema único de saúde”, disponível no endereço eletrônico: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/mais-sobre-sas/177-mais-sobre-sas/9665-outro>

A atenção à saúde da pessoa com DRC, na atenção especializada, será organizada conforme as seguintes tipologias:

- I – Unidade Especializada em DRC;
- II - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia; e
- III - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise.

Definições:

- I- A **Unidade Especializada em DRC**, responsável pela Atenção de Média Complexidade, realizará o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC nos estágios clínicos 4 e 5 (pré diálise) ou nas demais situações previstas no documento das Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC no SUS (exceto TRS - diálise) e deverão matricular as equipes de atenção básica, nos temas relacionados a doenças renais. Ou seja, esse ponto de atenção ofertará o cuidado para pessoas com DRC em fase pré-dialítica.
- II- A **Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia**, responsável pela Atenção de Alta Complexidade, realizará pelo menos uma modalidade de TRS-diálise para tratamento da pessoa com DRC. Ou seja, esse ponto de atenção ofertará apenas o cuidado para pessoas com DRC em estágio terminal (pessoas que estão em processo de diálise).
- III- A **Unidade Especializada em DRC com TRS-Diálise**, responsável pela Atenção de Média e Alta complexidade, compete:
 - a - realizar o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 (pré diálise) ou nas demais situações previstas no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS;
 - b - matricular as equipes de atenção básica nos temas relacionados a doenças renais; e
 - c – ofertar, pelo menos, uma modalidade de TRS-diálise para tratamento da pessoa com DRC.Ou seja, esse ponto de atenção, ofertará tanto o cuidado para pessoas com DRC em fase pré-dialítica quanto o cuidado para as pessoas com DRC em estágio terminal (pessoas que estão em diálise).

2.1 Documentos necessários para a adesão e habilitação para integrar a Linha de Cuidado da Pessoa com DRC

2.1.1 - Para a adesão dos estabelecimentos de saúde para integrar Linha de Cuidado da Pessoa com DRC como Unidade Especializada em DRC, as Secretarias de Saúde deverão encaminhar à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS):

I – Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, no caso do Distrito Federal, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde (CGSES/DF) e, quando houver, da Comissão Intergestores Regional (CIR), contendo:

a) aprovação dos estabelecimentos de saúde de atenção especializada ambulatorial que prestarão assistência às pessoas com DRC, estágio 4 e 5 (pré-diálise), contendo a relação dos estabelecimentos de saúde dentro da rede de atenção às pessoas com doenças crônicas, conforme definido nesta Portaria; e

b) metas físicas a serem alcançadas, conforme a estimativa de público-alvo com DRC, estágio 4 e 5 (pré-diálise), considerando-se a capacidade de produção dos estabelecimentos de saúde elencados;

II - registro no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) das unidades básicas de saúde para as quais as unidades de atenção especializada ambulatorial serão referência; e

III - cópia da publicação em diário oficial do extrato de contrato com o estabelecimento de saúde, quando este não for da rede própria vinculada à respectiva Secretaria de Saúde.

2.1.2 - Para a habilitação dos estabelecimentos de saúde para integrar a linha de cuidado da pessoa com DRC **como Unidade de Assistência da Alta Complexidade em Nefrologia**, as Secretarias de Saúde Estaduais deverão encaminhar à CGMAC/DAET/SAS/MS as seguintes informações:

I - parecer conclusivo do gestor público de saúde estadual quanto ao credenciamento/habilitação da Unidade;

II - Resolução da CIB aprovando o credenciamento/habilitação e a informação sobre o impacto financeiro no custeio do serviço de saúde;

III - relatório de vistoria realizado pela Vigilância Sanitária local, onde conste a estrita observância da Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa nº 11 de 13 de março de 2014, e cópia da Licença de Funcionamento;

IV - contrato assinado pelo gestor de saúde e o responsável técnico do estabelecimento de saúde que presta assistência à saúde em DRC com a definição da responsabilidade pela confecção da fístula arterio-venosa de acesso à hemodiálise ou implante de cateter para diálise peritoneal;

V - termo de compromisso celebrado entre o serviço de saúde de diálise, o gestor local e o hospital vinculado ao SUS de retaguarda, estabelecendo as responsabilidades pela garantia de referência aos casos que necessitem de internação por intercorrências decorrentes do tratamento dialítico;

VI - termo de compromisso celebrado entre o serviço de saúde de diálise e o serviço de diagnose para que seja garantida a execução dos exames;

VII - declaração do impacto financeiro do serviço a ser credenciado, segundo os valores dos procedimentos necessários à realização da diálise constantes na tabela de procedimentos do SUS;

VIII - termo de compromisso celebrado entre o serviço de saúde de diálise, que não ofereça todas as modalidades de diálise, com outro serviço de saúde de diálise, para que seja garantida a oferta de todas as modalidades de procedimentos de diálise;

IX - relação dos profissionais de saúde, especificando quais são os responsáveis técnicos pelo estabelecimento de saúde, cadastrados no SCNES;

X - documento da Secretaria Estadual de Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde que comprove a garantia da assistência do paciente com DRC, por meio da regulação de urgência e emergência, no caso de intercorrência durante o tratamento de diálise; e

XI – Termo de compromisso assinado pelo responsável técnico do estabelecimento de saúde que presta assistência à saúde em DRC garantindo o encaminhamento de todos os pacientes em diálise para avaliação por uma equipe de transplante.

No caso do item III, o serviço público deve ter a cópia do parecer técnico conclusivo da situação encontrada que será anexado ao processo.

2.1.3 - Para habilitação dos estabelecimentos de saúde para integrar a linha de cuidado da pessoa com DRC como Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise, as Secretarias de Saúde Estaduais deverão observar o disposto nos **itens 2.1.1 e 2.1.2**.

Para que os estabelecimentos atualmente habilitados em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia (serviço de nefrologia) - código 1501 ou em Centro de referência de alta complexidade em nefrologia – código 1502 se habilitem como Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise, o ente federativo interessado, por meio de sua respectiva Secretaria de Saúde, deverá encaminhar ao Ministério da Saúde as informações previstas no **item 2.1.1**.

3. FINANCIAMENTO:

Os procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais, do Grupo – 03- Procedimentos Clínicos, Sub-grupo 05- Nefrologia, tem o instrumento de registro por Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) e são financiados pelo FAEC.

Os estabelecimentos de saúde aderidos como Unidade Especializada em DRC e habilitados como **Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise** farão jus a incentivo financeiro de custeio, no valor mensal de R\$ 61,00 (sessenta e um reais) por pessoa com DRC estágio 4 ou 5 pré-diálise, destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico e ao incremento financeiro no componente Serviço Ambulatorial (SA) dos procedimentos descritos abaixo:

Tabela 2: Procedimentos com incremento financeiro no componente Serviço Ambulatorial (SA)

PROCEDIMENTOS	
03.05.01.010-7	HEMODIALISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)
03.05.01.011-5	HEMODIÁLISE EM PORTADOR DE HIV (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)
03.05.01.020-4	HEMODIÁLISE PEDIÁTRICA (MÁXIMO 4 SESSÕES POR SEMANA)
03.05.01.016-6	- MANUTENCAO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA /DPAC

O incremento financeiro irá variar de acordo com a **tipologia de habilitação** das Unidades, conforme tabela abaixo (tabela 3). As tipologias serão definidas conforme a capacidade de atendimento da unidade de saúde. Por exemplo, se a unidade tiver sob sua responsabilidade 100 pessoas com DRC em processo de diálise e ofertar ao gestor 25 vagas para o acompanhamento multiprofissional de pessoas com DRC estágio 4 e estágio 5 pré-dialise além de prestar o apoio matricial para UBS indicadas pelo gestor, a referida unidade receberá 3,02% de incremento nos procedimentos listados na tabela 2, quando o caso couber. Caso essa mesma unidade ofereça 50 vagas o incremento será de 6,04%, e assim por diante.

As Secretarias de Saúde poderão solicitar a qualquer tempo a reclassificação da tipologia da Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise.

Tabela 3: % de incremento nos procedimentos de sessões de diálise conforme tipologia da Unidade de atenção às pessoas com DRC

Tipo da Unidade de atenção às pessoas com DRC	Percentual de pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 pré diálise que deverá ser ofertado ao gestor local em relação ao número de pessoas em terapia renal substitutiva –TRS na Unidade	% de incremento nos procedimentos de sessões de diálise
Tipo I	25% (1DRC:4TRS)	3,02%
Tipo II	50% (1DRC:2 TRS)	6,04%
Tipo III	75% (3 DRC:4TRS)	9,06%
Tipo IV	100% (1DRC:1TRS)	12,08%

4. PERGUNTAS FREQUENTES:

4.1 - Quais são as Portarias vigentes e documentos relacionados para a organização da linha de cuidado da pessoa com DRC?

- Portaria GM/MS nº 389, de 13 de março de 2014.
- RDC ANVISA nº 11, de 13 de março de 2014.
- Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS

4.2 O que é o apoio matricial para fins da Portaria 389?

É uma atribuição das Unidades Especializada em DRC e da Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise. O apoio matricial inclui ações como interconsultas, segunda opinião formativa, discussão de casos, momentos de educação permanente conjuntos, intervenções no território e intersetoriais, a fim de compartilhar a responsabilidade pelo cuidado de uma população específica, de ampliar a capacidade de análise e de intervenção, aumentando a resolutividade dos respectivos pontos de atenção envolvidos no processo de apoio matricial. Esse apoio matricial deverá ser ofertado para as Unidades Básicas de Saúde definidas pelo gestor no momento da organização da linha de cuidado.

4.3- Como ficarão as habilitações dos serviços de nefrologia que já são habilitados pelo código 15.01? Tem prazo para readequação de acordo com a nova Portaria?

Os Serviços de nefrologia habilitados com o código 15.01 permanecerão habilitados. Não há prazo determinado para a readequação da habilitação, o Gestor de Saúde irá realizar o planejamento e verificar se algum dos seus serviços possui condições de ser reclassificado e habilitado de acordo com a nova Portaria e ser inserido na linha de cuidado da pessoa com DRC.

4.4- Como ficarão as habilitações dos Centros de nefrologia que já são habilitados pelo código 15.02?

Os Centros de Referência de Alta Complexidade em Nefrologia código 15.02 serão automaticamente habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia (código 15.01). Os Centros de Referência de Alta Complexidade em Nefrologia foram excluídos da Tabela de Habilitações do SCNES - Código 15.02.

4.5- Como se dará o processo de habilitação em alta complexidade?

Para as novas habilitações as Secretarias de Saúde deverão encaminhar ao Ministério da Saúde documentação completa, conforme Portaria GM/MS nº389, de 13 de março de 2014.

4.6- Como fica a garantia da confecção das fistulas arterio venosas?

A Portaria GM/MS 389, de 13 de março de 2014, no Artigo 5, **inciso II, alínea e** diz: “*definir, no contrato celebrado entre o gestor de saúde e o estabelecimento de atenção especializada ambulatorial em DRC, de quem será a responsabilidade para*

realizar a confecção da fístula arterio-venosa de acesso à hemodiálise ou o implante de cateter para diálise peritoneal.”

Assim, considerando as diferentes realidades do Brasil, a definição será feita pelo gestor de saúde. Para apoiar os gestores, o Ministério da Saúde concedeu reajuste em todos os procedimentos de vascular relacionados à diálise. (Portaria GM/MS nº1331 de 27 de novembro de 2013).

4.7- Como fica a garantia de remoção do paciente em caso de intercorrências durante o tratamento de diálise?

A Portaria GM/MS 389, de 13 de março de 2014, no Artigo 5, **inciso II, alínea f** diz: “utilizar da regulação das urgências para o encaminhamento ou transferência da pessoa com DRC para os estabelecimentos de saúde de referência, previamente pactuados locorregionalmente, quando estas pessoas estiverem no estabelecimento de atenção especializada ambulatorial em DRC e necessitarem, naquele momento, de cuidados imediatos em urgência”.

4.8- Em linhas gerais o que mudou com a publicação da Portaria nº 389, de 13 de março de 2014?

Entre as principais alterações da portaria estão: a criação de mais dois tipos de habilitação que são a Unidade Especializada em DRC e a Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise; incentivo financeiro para o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC nos estágios clínicos 4 e 5 (pré diálise) e o matriciamento das equipes de atenção básica, nos temas relacionados a doenças renais; incremento financeiro nos procedimentos de sessões de hemodiálise e manutenção e acompanhamento domiciliar de paciente submetido a DPA/DPAC, de acordo com a tipologia de habilitação das Unidades.

4.9- Para onde encaminhar as documentações?

As documentações deverão ser encaminhadas para:

Ministério da Saúde

Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade/DAET/SAS

SAF Sul – Quadra 02 lote 5/6

Edifício Premium – Torre II – Sala 203

Brasília – DF

CEP: 70070-600

e-mail: altacomplexidade@saude.gov.br

Telefone para contato: 61-3315-6176

COORDENAÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE