#### MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS COORDENAÇÃO-GERAL DE SAÚDE DAS MULHERES



# MANUAL DE USO DO SISTEMA SAIPS - SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE

Acesso Atividade do Gestor Estadual, Gestor Municipal e Cadastrador de Propostas

# **Rede/Programa**

Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica

Brasília Julho/2018

## 1. Aspectos Gerais

O Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº. 1.168, de 15/06/2004 que institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doenças Renais. Em 2018 foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.675 de 07/08/2018, que foi resultado da revisão da Portaria SAS/MS nº 389 de junho de 2014. A Portaria GM/MS nº 1.675/2018, define os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica – DRC no âmbito do Sistema único de Saúde - SUS.

A atenção à saúde da pessoa com DRC será organizada conforme as seguintes tipologias e deverão seguir os critérios estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 1.675/2018:

- Atenção especializada em DRC com Hemodiálise;
- Atenção especializada em DRC com Diálise Peritoneal; e
- Atenção especializada em DRC nos estágios clínicos 4 e 5(pré-dialítico).

## 2. Acesso ao Sistema – Liberação do Cadastrador

2.1 - Para iniciar o cadastro é necessário solicitar previamente, ao gestor, liberação do cadastrador para acesso ao Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde – SAIPS.

#### Acesso do Cadastrador

- Apenas é possível o acesso de pessoas que foram previamente cadastradas pelo Gestor do Fundo Estadual de Saúde.
- O acesso deve ser realizado com o CPF e a senha enviada para o *e-mail* informado pelo Gestor no momento de cadastramento da pessoa física (cadastrador);
- Caso tenha esquecido a senha, clique em Nova Senha, e a mesma será reenviada para o *e-mail* cadastrado;

**Importante:** Verificar com o Gestor do Fundo Estadual qual é o *e-mail* cadastrado para assegurar o *e-mail* correto e ativo.

#### Senha de Acesso do Gestor

- A senha é a obtida na Divisão de Convênio DICON do MS (mesma senha utilizada para acessar o sistema de cadastro de proposta do Fundo Nacional de Saúde).
- Caso tenha esquecido a senha, entre em contato com a DICON de seu estado.
- O Gestor Estadual tem a função de cadastrar e definir as permissões dos cadastradores que irão inserir as propostas no sistema.
- O cadastrador pode ter permissão para cadastrar e enviar a proposta diretamente ao MS ou apenas permissão para cadastrar, caso em que o Gestor Estadual proceda à análise e efetue o envio das propostas ao MS.

2.2 - Após a liberação do gestor será enviado *e-mail* pelo SAIPS contendo o *login* e senha para o acesso. Após isto, acesse o navegador e digite: www.saips.saude.gov.br

OBS.: Para visualizar outros manuais e informativos relativos ao SAIPS, acesse www.saude.gov.br/saips.

Lembrete

É muito importante que os dados do CNES estejam atualizados para que os pedidos de habilitação sejam avaliados da melhor forma possível pelo Ministério da Saúde.

# 3. Cadastrar Proposta de Solicitação de Habilitação como Atenção especializada em DRC

#### 3.1 - Clique em acessar.

|  |             |   | BRASIL                         |
|--|-------------|---|--------------------------------|
| SAIPS<br>sistema de apoio à implementação de políticas em sau                            | ÚDE         |   | 🚡 principal 🖌 acess<br>V 601.1 |
|  | VISÃO GERAL |   |                                |
| Secretaria de Atenção à Saúde - SAS<br>Assessoria Técnica/Gabinete Secretaria de Atenção | à Saúde     | SUPORTE Ligue: 196<br>E-mail: suporte.sistemas@datasus.gov.br | <b>DATASUS</b>                 |

- 3.2 Insira o CPF do cadastrador.
- 3.3 Insira a senha, recebida por e-mail e clique em acessar.

| BASI BASI  | -                                 |
|--|-----------------------------------|
| SAIPS<br>Sistema de apoio à implementação de políticas em saúde  | 😭 principat ✔ acessar<br>V-001.12 |
| ACESSO AO SISTEMA AUTENTICAÇÃO  OF/ORJ.  Senha.  Acessar Nova senha  INFORMATIVO  ACESSO AO SISTEMA É necessário que o usuário informe o seu CP/(OP/) e senha.  ESQUECEU A SISTEMA É necessário que o usuário informe seu CP/ e e-mail para receber uma nova senha de acesso ao sistema. | <b>(</b>                          |
| Secretaria de Atenção à Saúde - SAS SUPORTE Ligue 136<br>Assessoria Técnica/Gabinete Secretaria de Atenção à Saúde E-mail: suporte.sistemas@datasus.gov.br   | S DATASUS                         |

3.4 - Na tela inicial, selecione o CNPJ para o qual a proposta será inserida. Deve ser o CNPJ do Fundo Estadual de Saúde.

| PS<br>DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLITICAS EM SAÚDE | Sair                  |
|--|-----------------------|
|  |                       |
| FUNDO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE                         | ANTE DE HO            |
| Selecione qual CNPJ vai ser utilizado na sessão:•    |                       |
| Selecione  | Selecionar Selectonar |
| Selecione  |                       |
|  |                       |
|  |                       |

3.5 - Selecione o item **cadastro**, para iniciar a inclusão da proposta.

|  |   |                      |  |                       |             | BRASIL  |
|--|---|----------------------|--|-----------------------|-------------|---|
| SAIPS<br>SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENT                    | AÇÃO DE POLITICAS EM SAÚDE                    |                      |  |                       | Nome - CPF: | principal 🗙 sair<br>89042352000 - <i>Cadastrador</i>   V-001.12 |
| PROPOSTA 👻 USUARIOS 👻                                    |   |                      |  |                       |             |   |
| CADASTRO   | CADASTRO DE PROPOSTA                          |                      | Dados do proponente lozado                     |                       |             | A STREET OF THE   |
|  | Nome  | CPF                  | Email  | Telefone              | Cargo       |   |
|  | Nome - CPF: 89042352000                       | 890.423.520-00       | ninaceolin@gmail.com                           | 3315-9003             | Cadastrador | 5 4 V 0 2 V 2 S   |
|  | CNPJ  |                      | Razão social/mur                               | nicípio               |             | 0.0 4   |
|  | 16.930.299/0001-13                            | NOME CPF CNPJ 169302 | 99000113                                       |                       |             | 1   |
|  | Usar o CNPJ de acesso como destinata          | ário do benefício?•  | Sim Não  |                       |             |   |
|  | Rede / Programa:• Selecion                    | ne                   |  |                       |             |   |
|  | UNIDADE BENEFICIADA                           | l                    |  |                       |             |   |
|  | JUSTIFICATIVA                                 |                      |  |                       |             |   |
|  | Justificativa:-                               |                      |  |                       | h           |   |
|  | Próxima Etapa S                               | alvar Cancel         | lar  |                       |             |   |
| Secretaria de Atenção à Saú<br>Assessoria Técnica/Gabine | ide - SAS<br>te Secretaria de Atenção à Saúde |                      | SUPORTE Ligue: 1<br>E-mail: suporte.sistemas@d | .36<br>latasus.gov.br |             | DATASUS<br>Departamento de terformática do Sas                  |

- 3.6 Selecione:
- a) SIM para a questão "Usar o CNPJ de acesso como destinatário do benefício?", quando a gestão do estabelecimento de saúde a ser habilitado estiver sob responsabilidade da gestão Estadual (recebedor do teto financeiro);
- b) NÃO para "Usar o CNPJ de acesso como destinatário do benefício?", quando a gestão do estabelecimento de saúde a ser habilitado estiver sob responsabilidade da gestão Municipal. Em seguida, digitar o CNPJ do Fundo Municipal de Saúde recebedor do teto financeiro; e
- c) Quando a gestão do estabelecimento de saúde a ser habilitado for DUPLA, deve haver acordo entre as esferas de gestão quanto ao CNPJ que será inserido como destinatário de benefício (recebedor do teto financeiro).

3.7 - Selecione a "Rede/Programa" – Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica.

3.8 - Clique em "Nova Unidade Beneficiária".

|                                |                                  |   | ж                                       |
|--------------------------------|----------------------------------|---|---|
| SAIPS<br>SISTEMA DE APOIO À II | Componente / Serviço:*           | Selecione • R\$ 0,00                    | 😭 principal 🗙 s<br>strador   V-001.20.: |
|                                | CADASTRO DE UNIDADE              | BENEFICIADA                             |   |
|                                | UNIDADE BENEFICIAD               | A                                       | SIENTE DE H                             |
|                                | CNES da unidade<br>beneficiada;= | Validar 🔲 Endereço*                     |   |
|                                | Latitude:                        | Longäude:                               | LILO ON 35                              |
|                                | Tipo de abrangência:*            | Selecione                               |   |
|                                | População Total:                 | ٥                                       |   |
|                                | População Mínima:                | População Máxima:                       |   |
|                                | Salvar                           | Cancelar                                |   |
|                                | Justificativa:•                  |   |   |
|                                |                                  | Quantidade de caracteres restantes 3000 |   |
|                                | Próxima Etapa                    | Salvar Cancelar                         |   |

3.9 - Selecione "Componente/Serviço" – Habilitação como ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DRC. É necessário preencher o campo "R\$".

3.10 - Insira o número do CNES do estabelecimento de saúde a ser habilitado e clique em Validar.

3.11 - Insira o Tipo de Abrangência do estabelecimento de saúde (Municipal ou Regional/Estadual).

3.12 – Selecione a UF a que o estabelecimento de saúde está vinculado.

3.13 – No caso de Regional/Estadual, selecione, um a um, os municípios para os quais o estabelecimento de saúde é referência.

|  | •<br>   | Malidas                  | Contractor  |                                   |
|--|---|--------------------------|---|-----------------------------------|
| teneficiada:•  | 2320681   | Vandar                   |   |                                   |
|  |   | Nome                     |   | CNPJ                              |
| HOSPITAL DA CRIANCA S  | ANTO ANTONIO  |                          |   |                                   |
|  | Razão So  | cial                     | CPF   | Pessonalidade                     |
| PUNDO MUNICIPAL DE SI  | AUDE DE BOA VISTA   |                          |   | Juridica                          |
|  | Logrador  | uró                      | Número  | Telefone                          |
| AV DAS GUIANAS   |   |                          | 1645  |                                   |
| Complemento  | Bairro  | CEP                      | Municipio   | UF                                |
| PROKA RODOVIARIA   | LS DE SETEMBRO  | 69.301-970               | BOAVSTA   | RR faction                        |
| Tipo de  | e estabelecimento   | SUB-ISDO DE ESTABELECIMI | Estera Administra   | tive Gestao                       |
| TUSPITAL ESPECIAL DADI   | <i>y</i>  | Naturata da Organizacijo |   | Dependingia                       |
| 201  |   | restores on organização  |   | 13,454,535 (0001-35               |
| Tipo de abrangência:+<br>INCLUSÃO DE MUNI<br>UP:+ RO G                   | Regional/Estadual   |                          | •   |                                   |
| Tipo de abrangência: •<br>INCLUSÃO DE MUN<br>UP: Ro Gi<br>Município: •   | Regional/Estadual   | Additionant Toolog       |   | Remover today                     |
| Tipo de abranglincia:•<br>INCLUSÃO DE MUNI<br>UP:• RIO GI<br>Município:• | Regional/Estadual   | Adkionar todos           | 5 itens Selecio nados   | Remover todos                     |
| ipo de abranglincia:•<br>INCLUSÃO DE MUNI<br>UP:• RO Gi<br>Município:•   | Regiona/Estadual<br>CÉPIOS ABRANGIDOS<br>RANDE DO: •<br>BOLIDERAU DULEAU<br>BOLIDERAU DULEAU  | Adkionar todos           | Sitens Selectionados<br>CACHOE IRA DO SUL   | Remover lados -                   |
| ipo de abrangência •<br>INCLUSÃO DE MUNI<br>UP • RO G<br>Município •     | Regional/Estadual<br>CÍPIOS ABRANGIDOS<br>NANDE DO: •<br>BOULDE IRAU DU LEMU<br>BOSSIRICA<br>BOZANO   | Adicienar todes          | Sitens Selecismados     CACHOLERA DO SUL     CACEQUI  | Remover lod os<br>–               |
| ipo de abrangência •<br>INCLUSÃO DE MUNI<br>UP • Ro G<br>Município •     | Regional/Estadual   | Adicionar todos          | 5 Rens Selecis nados<br>CANDERIA DO SUL<br>CACEQUI<br>CACEQUI                                   | Remover todos<br>—<br>—           |
| ipo de abrangência: •<br>INCLUSÃO DE MU NI<br>UP: • RO G<br>Município: • | Regional/Estadual<br>CÉPEOS ABRANGIDOS<br>UNAIDE DO LE V<br>BORADE IRAU DO LEAU<br>BOSSINICA<br>BOZANO<br>BRAGA<br>BRAGA  | Adicionar todos          | S Rens Selectionados<br>CACHOLERA DO SUL<br>CACEDUL<br>CACAPUX DO SUL<br>BUTIA                  | Remover todos<br>–<br>–<br>–      |
| ipo de abrangência.*<br>INCLUSÃO DE MUNI<br>UF:- Ro de<br>Município:*    | Regonal/Estabul<br>Regonal/Estabul<br>ANDE DO : •<br>BUADE HAU DU ENU<br>BUADE HAU DU ENU<br>BUADE HAU DU ENU<br>BUADE HAU DU ENU<br>BUADE BOOKER<br>SAGA BROCHER<br>CADUE DORE | Adicienar todes          | S Itens Selecianados<br>CANDOE RA DO SUL<br>CACIONI<br>CACAPRIVA DO SUL<br>BUTIA<br>CACHO ERINA | Remover tod is                    |
| Too de abrangência.<br>INCLUSÃO DE MUN<br>UF:- RO di<br>Município:+      | Regonal/Establist<br>CIPIOS ABRANGIDOS<br>KANDE DO I •<br>BOCADE INAU INO LEAU<br>BOSSINOCA<br>BIOGAILE<br>BOCHIER<br>CACOUE DOBLE  | Adicionar todos          | 5 Rens Selecianados<br>CACHOE RA DO SUL<br>CACEOU<br>CACARAVA DO SUL<br>BUTIA<br>CACHOE RBINA   | Remover todos<br>–<br>–<br>–<br>– |
| Tpo de abrangência +<br>INICLUSÃO DE MUN<br>UP + RO de<br>Município +    | Regonal/Listebual   | Adicionar teolos         | S Itens Selecianados<br>CANTOERIA DO SUL<br>CACEQUI<br>CACEMINA<br>CACHOE RINHA<br>CACHOE RINHA | Remover lad as                    |
| Tpo de abrangência +<br>INCLUSÃO DE MUN<br>UP + RO de<br>Município +     | Regional/Listekual  | Adicionar todos          | 5 Itens Selectionados<br>Сактор RA Do SUL<br>САСТОИ<br>САСАРИИ DO SUL<br>ВИТИ<br>САСНОЕ ЯВИНА   | Remover ladas<br>-<br>-<br>-<br>- |

3.14 - Salve o cadastro.

3.15 – O campo "Justificativa" na tela de Cadastro de Proposta é de preenchimento obrigatório.

| CADASTRO DE PROF   | POSTA  |  |  |   |                                    |          |
|--|--|--|--|---|------------------------------------|----------|
|  |  |  | Dados do cad   | ortrador  |                                    |          |
|  | Nome   | CP   | F  | Email   | Telefone                           | Cargo    |
| Nome - CPF: 7154545020   | 00   | 715.454.502-00   | carla.   | eis@saude.gov.br  | (61)3315-9217                      | 00.50    |
|  | CNPJ   |  | · · · ·  | Razão social/município  | <b>N</b> 7                         |          |
| 16.930.299/0001-13   |  | PREFEITURA MUI   | NICIPAL DE JOAO PINH   | IEIRO   |                                    |          |
| Usar o CNPJ de acesso co   | omo destinatário do be   | nefício?•  | Sim Não  | )   |                                    |          |
| tede / Programa:•  | Rede de Atençi   | ão à Saúde das Pessoas (   | com Doenças Crônic a   | ;/U ▼   |                                    |          |
| UNIDADE BENEFICI   | ADA  |  |  |   |                                    |          |
| Nova Unidade   | Beneficiada  |  |  |   |                                    |          |
| Compone  | ente / Serviço   | CNES/CEP   | Tipo de Abrangé  | ncia Valor Solicitado   | Valor Aprovado                     | Opções   |
| Habilitação como UN  | ACON   | 2320681  | Regional   | R\$ 0,00  |                                    |          |
|  |  |  | Valer Total  | RÉ 0.00   |                                    |          |
|  |  |  |  | Qu  | uantidade de caracteres restant    | es: 3000 |
| DOCUMENTOS ANE   | XOS  |  |  |   |                                    |          |
|  | o de Solicitação de Hat  | pilitação por parte do est<br>lecimento de saúde cano  | tabelecimento<br>didato,   | Escolher arquivo Nenhum arqui   | ivo selecionado                    |          |
| <ol> <li>Anexe document<br/>de saúde, assinado<br/>manifestando seu i<br/>câncer, de acordo o<br/>Secretaria Estadual</li> </ol>   | nteresse e capacidade<br>com os critérios definid<br>de Saúde e pelo(a) Sec  | pe diagnosticar e tratar a<br>os e validado pela área t<br>retário(a) Estadual de Sa   | écnica da<br>aúde. •   |   |                                    |          |
| <ol> <li>Anexe document<br/>de saúde, assinado<br/>manifestando seu i<br/>câncer, de acordo o<br/>Secretaria Estadual</li> <li>Anexe relatório o<br/>da Secretaria de Sa</li> </ol>  | nteresse e capacidade :<br>com os critérios definid<br>de Saúde e pelo(a) Sec<br>de vistoria realizada in l<br>úde responsável. •  | oco pela área de Control<br>oco pela área de Control   | écnica da<br>aúde. •<br>le e Avaliação   | Escolher arquivo Nenhum arqui   | ivo selecionado                    |          |
| Anexe document<br>de saúde, assinado<br>manifestando seu i<br>câncer, de acor do o<br>Secretaria Estadual<br>2. Anexe relatório<br>da Secretaria de Sa<br>3. Anexe o Termo o<br>saúde, contendo a<br>procedimentos díaj<br>responsabilidade;<br>descritos -  | nteresse e capacidade<br>com os critérios definid<br>(de Saúde e pelo(a) Sec<br>le vistor la realizada in 1<br>de responsável. +<br>le Compromisso assina<br>descrição das metas de<br>gnósticos e de tratamen<br>endo que estas devem   | os e validado pela área t<br>retário(a) Estadual de Sa<br>oco pela área de Controi<br>do pelo diretor do estab<br>produção referentes ao<br>nto que o serviço assumi<br>em conformidade com o  | elecimento de<br>le e Avaliação<br>elecimento de<br>irá como de sua<br>os parâmetros   | Escolher arquivo Nenhum arqui   | ivo selecionado<br>ivo selecionado |          |
| <ol> <li>Anexe document<br/>de saúde, assinado<br/>manifestando seu i<br/>câncer, de acordo o<br/>Secretaria Estadual</li> <li>Anexe relatório (<br/>da Secretaria de Se<br/>aúde, contendo a<br/>procedimentos día,<br/>responsábilidade, si<br/>descritos -</li> <li>Anexe document<br/>habilitação compati</li> </ol> | ntresse e capacidade i<br>com os riterios definidi<br>de Saúde e peloja) Sec<br>de vistor la realizada in 1<br>úder responsável. •<br>le Compromisso assina<br>descrição das metas de<br>gnósticos e de tratame<br>endo que estas devem<br>to comprobatório do cu<br>ível com o SCNES. • | De diagnost da le fraite e<br>se validado pelà áres ti<br>retàrio(a) Estadual de Sa<br>coo pela área de Control<br>do pelo diretor do estab<br>produção referentes ao<br>ro que o serviço assumi<br>em conformidade com o<br>imprimento das exigênci | elecimento de<br>si de sua<br>elecimento de<br>si<br>irá como de sua<br>os par âmetros | Escolher arquivo Nenhum arqui<br>Escolher arquivo Nenhum arqui<br>Escolher arquivo Nenhum arqui | ivo selecionado<br>ivo selecionado |          |

3.16 – Inclui "Justificativa" para habilitação do estabelecimento de saúde como ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DRC.

3.17 - Anexe **todos** os documentos solicitados antes de iniciar o processo de preenchimento do questionário.

3.18 – Clique em "Salvar" sempre que necessário, de modo a não perder os documentos já inseridos. Ao clicar em "Próxima Etapa", ao fim da página, a proposta será automaticamente salva.

3.19 - Responda ao questionário para habilitar o estabelecimento de saúde como UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DRC, observando coerência com os dados no SCNES.

| PLEMENTAÇÃO DE POLITICAS EM SAÚDE<br>RIOS   | Nome- CPF: 715454                        |
|---|--|
|   |  |
| PROJETO TÉCNICO   |  |
| A proposta 672 foi salva com sucesso.   |  |
| QUESTIONÁRIO  |  |
| 1. TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):  | Selecione 🔻                              |
|   |  |
| <ol> <li>Informe número de telefone atualizado do estabelecimento de<br/>saúde:</li> </ol>  |  |
|   | Quantifade de caracteres restances 4000  |
|   |  |
| diretor técnico do estabelecimento de saúde;  |  |
|   | Quantidade de caracteres restantes: 4000 |
| 4. Informe nome do diretor técnico do estabelecimento de saúde:   |  |
|   |  |
|   | Quantidade de caracteres restantes: 4000 |
| 5. Atividade de Ensino e Pesquisa:  | Selecione T                              |
|   |  |
| 6. Lipo de nabilitação  | Selecione 🔻                              |
| 7. Faz parte da Rede de Assistência às Pessoas com Doenças Crônicas   | Selectione V                             |
| de seu Estado:  |  |
| <ol> <li>Contempla os critérios definidos pela gestão para quantitativo e<br/>distribuição de: pop a ser atendida: pecessidade de cobertura</li> </ol>  | Selecione 🔻                              |
| assistencial; mec. de acesso com os fluxos de referência e<br>contrarreferência; capac, técnica e operacional dos serviços, série<br>histórica de atendimentos realizados; integração com os mecanismos<br>de regulação e demais serviços; conforme plano de ação estadual em |  |

3.20 - Para salvar e realizar alguma alteração posteriormente no cadastro, clique em Salvar.

3.21 - Para enviar ao Ministério da Saúde, tendo em vista a posterior análise da área técnica, clique em Enviar para o MS.

| Após todas as etapas concluídas, acompanhe a proposta utilizando o número da proposta |
|---|
| gerado pelo sistema.  |

# 4. Consultar a Proposta

4.1 Clique em consulta.

|  |  |   |   |  | BRASIL        |   |
|--|--|---|---|--|---------------|---|
| SAIPS<br>SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE PO                              | litticas em saúde                      |   |   |  | Nome - Cf     | 😭 principal 🗙 sai<br>5: 71545450200 - <i>Cadeistrado</i> r   V-001.1: |
| PROPOSTA - USUARIOS -  |  |   |   |  |               |   |
| CADASTRO<br>CONSULTA   | ROPOSTAS ENVIADAS AO MINIST            | ÉRIO DA SAÚDE   |   |  |               | ANTE OF TO  |
|  | N <sup>2</sup> proposta:               |   | Nº do processo:                               |  |               |   |
|  | Ur:                                    | Selecione 🔻   | Municípia:                                    | Selecione  | •             | 0.04  |
|  | Rede / Programa:                       | Selecione   | Situação da proposta:                         | Selecione  | •             |   |
|  | Componente / Serviço:                  | Selecione   | Pendèncias:                                   | Selecione  |               |   |
|  | Proposta cadastrada entre as<br>datas: | Inicial: Final:   |   |  |               |   |
|  | Legends: 🖉 Visualizar pro              | posta 😸 imprimir análise 🔝 Visualizar análise 🖉 O<br>mplementar | etalhar situação da proposta                  | 🕑 A vencer 📀 Vencida 📑 Ajustar                                     |               |   |
|  | Mostrar 10 V                           |   |   | Filtro:  |               |   |
|  | Nº da Rede/Programa<br>proposta        | Componente/serviço Tipo Situação Valor Ve<br>solicitado ap      | ilor Valor Valor Nº<br>irovado empenhado pago | do processo Data do Ordem<br>pagamento bancária<br>do<br>pagamento | Opções        |   |
|  | Nenhum resultado encontrado.           |   |   |  |               |   |
|  | Mostrando 0 a 0 de 0 registro          |   |   | < primeiro   << anterior   próximo                                 | >>   último > |   |
| Secretaria de Atenção à Saúde - SAS<br>Assessoria Técnica/Gabinete Secretari | ia de Atenção à Saúde                  | SUPORTE Ligue: <b>136</b><br>E-mail: suporte.sistemas@datas     | us gov br                                     |  |               |   |

4.2 - Insira o número da proposta e clique em pesquisar.

4.3 Clique em visualizar proposta para obter acesso ao preenchimento do questionário

| JOANIUS V         | O DE FOLITICA     | S LWI SAUDL                              |                                 |                             |                 |                                    |                       |                     | Nome- crr.                  | 71343430200-1 |
|-------------------|-------------------|--|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|------------------------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------------|---------------|
|                   |                   | ,  |                                 |                             |                 |                                    |                       |                     |                             |               |
| PROPOSTA          | SENVIADAS /       | AO MINISTERIO D                          | A SAUDE                         |                             |                 |                                    |                       |                     |                             |               |
| Nº propos         | ta:               | 67                                       | 2                               |                             | Nº do           | processo:                          |                       |                     |                             |               |
| UF:               |                   | -  | Selecione 🔻                     |                             | Munic           | :ípio:                             | Sel                   | cione               |                             | •             |
| Rede / Pro        | grama:            |  | Selecione                       |                             | ▼ Situaç        | ão da proposta:                    | Sel                   | cione               |                             | •             |
| Componer          | ite/Serviço:      |  | Selecione                       |                             | ▼ Pendé         | èncias:                            | Sel                   | cione               |                             | •             |
| Proposta o        | adastrada entre   | e as datas: Inic                         | iat                             | Final:                      |                 |                                    |                       |                     |                             |               |
|                   |                   |  |                                 | Pesquisar                   | Lim             | par                                |                       |                     |                             |               |
| Legenda:          | P Visua<br>☐ Docu | alizar proposta 🛛 🗮<br>mento complementa | Imprimir análise 🛛 😥 Visua<br>r | alizar análise 🛛 🎾 Detalhai | situação da pro | posta 🕑 Avenc                      | er 🕑 Venci            | da 📝 Aju<br>Filtro  | ıstar                       |               |
|                   | Município         | Fundo                                    | Rede/Program a                  | Componente/serviço          | Situação        | Valor Valor<br>solicitado a provac | Valor<br>lo empenhado | Valor Da<br>pago pa | ata Ordem<br>gamento pagame | a Opçõe       |
| Nº<br>proposta UF |                   |  | Rede de Atenção à               |                             |                 |                                    |                       |                     | pagame                      |               |

As propostas enviadas ao Ministério da Saúde serão analisadas conforme critérios do Programa, disponíveis em portarias e disponibilidade orçamentária.

Após a análise, a proposta poderá ter as seguintes situações:

a) Aprovada

b) Rejeitada

c) Em diligência

Somente o cadastrador poderá alterar os itens em diligência. O gestor municipal ou estadual poderá visualizar a proposta, mas não poderá alterá-la.

10

## 5. Responder às Diligências

As propostas enviadas ao Ministério da Saúde serão analisadas conforme critérios da Política, disponíveis em portarias e disponibilidade orçamentária.

- 5.1 Clicar em consulta, inserir o número da proposta e clicar em pesquisar;
- 5.2 Clicar no ícone visualizar a análise para consulta da proposta e os motivos que geraram a diligência.

|                            | ·  |  |   |   | princip:                              |
|----------------------------|--|--|---|---|---------------------------------------|
| APOIO A IMPLEMENTAÇÃO DE P | OLITICAS EM SAUDE  |  |   |   | Nome - CPF: 71545450200 - Cadastrador |
|                            |  |  |   |   |                                       |
|                            | PROPOSTAS ENVIADAS AO MINIST   | SIENT  |   |   |                                       |
|                            |  |  |   |   |                                       |
|                            |  |  |   |   |                                       |
|                            | Nº proposta:   | 393  | Nº do processo:   |   | SAIN                                  |
|                            | UF-  | u Selecione u  | Município:  | Selectore   |                                       |
|                            |  | - Serecione -  |   | - Selectone -   |                                       |
|                            | Rede / Programa:   | Selecione  | <ul> <li>Situação da proposta:</li> </ul>   | Selecione 🔻   |                                       |
|                            | Componente / Servico   | Calaciona  | Pendências:   | ··· Salariana ···   |                                       |
|                            | componente y contigor  | - Selectone-   | •   | ·······································   |                                       |
|                            | Proposta cadastrada entre as   | Inicial: Fir   | nal:  |   |                                       |
|                            |  |  |   |   |                                       |
|                            |  |  | 4   |   |                                       |
|                            |  |  | Pesquisar   |   |                                       |
|                            |  |  | Pesquisar   |   |                                       |
|                            | Legenda: 🕺 Visualizar prop   | osta 🗧 İmprimir anâlise 🗾 Visuali  | Pesquisar   | 🕑 A vencer 🕑 Vencida 📑 Ajustar  |                                       |
|                            | Legenda: 🕺 Visualizar prop<br>Documento con  | osta 🗧 Imprimir anālise 🔝 Visuali<br>nplementar  | Pesquisar   | 😮 A vencer 🕑 Vencida 📝 Ajustar  |                                       |
|                            | Legenda: Misualizar prop   | osta 💥 İmprimir anàlise 🔝 Visuali<br>nplementar  | Pesquisar   | A vencer O Vencida Ajustar Filtron:   |                                       |
|                            | Legenda: Province of Visualizar prop<br>Documento con<br>Mostrar 10 T<br>Ht da Bede/Programm ()  | osta 😸 Imprimir anàlise 🔛 Visuali<br>nplementar<br>Componente/servico Tipo Situ  | Pesquisar   | A vencer     O Vencids     Austar      Fitros      do anoresso     Data do     Orchem     Opcoder   |                                       |
|                            | Legenda: Provenito con<br>Mostrar 10 •<br>Nº do Rede/Programa C  | osta 🚔 Imprimir anàlise 🔝 Visuali<br>pplementar<br>Componente/serviço Tipo Situ  | Pesquisar<br>zaranálise 🖉 Detalhar situação da proposta<br>solicitado provedo empenhado pago            | Vencida Vencida Austar      Vencida Austar      Vencida Austar      Vencida Opcôes     Data do Ordem Opcôes     Data do Opcôes  |                                       |
|                            | Legenda: Visuelizar prop<br>Documento con<br>Mostrar 10 •<br>Nº da Rede/Programa (<br>proposta   | osta 😽 Imprimir análise 🔛 Visuali<br>npiementar<br>Componente/serviço Tipo Situ  | Pesquisar   | A vencer     Vencide     Avencer      |                                       |
|                            | Legenda: 2 Visualizer pro<br>Documento con<br>Mostrar 10 •<br>Nº da Rede/Programa C<br>proposta<br>Program de Manacrafia                     | osta 😸 Imprimir anàlise 🔛 Visuali<br>nplementar<br>Componente/serviço Tipo Situ<br>Unidade de Mannarafia                   | Pesquisar   | A vencer Vencida Austar     Avencer Vencida Austar     Austar     Bata do Ordem     pagamentobancária     do     pagamento     avence Vencida   |                                       |
|                            | Legends: Visualizer prop<br>Documento con<br>Mostrar 10 •<br>NE da Rede/Programa C<br>proposta<br>393 Programa de Mamografia<br>Movel no SUS | osta 👾 Imprimir análise 🔛 Visuali<br>nplementar<br>Componente/serviço Tipo Situ<br>Unidade de Mamografia Novo Emi<br>Môvel | Pesquisar   | A vencer     O Vencida    Ajustar      Fittros:     Opcões     Data do Ordem     pagamento      pagamento     pagamento     pagamento     P   |                                       |
|                            | Legenda: Visuelizer prop<br>Documento con<br>Mostrar 10 •<br>Nº da Rede/Programa (<br>proposta<br>393 Programa de Mamografia<br>Mover no SUS | osta 🚔 Imprimir análise 🔛 Visuali<br>nplementar<br>Componente/serviço Tipo Situ<br>Unidade de Mamografia Novo Em<br>Movel  | Pesquisar<br>izranálise 🖉 Detaihar situeção de proposta<br>solicitadoaprovadoempenhadopago<br>igencia 0 | A vencer     O Vencida     Ajuster     Austra      Avencess     Data do     Orcdem     pagamento     Austral     Opcoes     o     pagamento     Pagamen |                                       |

5.3 - Clicar no ícone ajustar proposta para realizar as adequações solicitadas.

|  | L                    | Número: 393                                   |                      | Situação: Em dilig                                      | gência                  |  |                  |
|--|----------------------|---|----------------------|---|-------------------------|--|------------------|
| Cadastrador  |                      | CPF   | Email                |   | Telefone                | Cargo  |                  |
| Nome - CPF: 71545450200  | 0                    | 715.454.502<br>00                             | . carla.reis@saude.g | gov.br  | (61) 3315-9217          | Assessor                                       |                  |
| IDENTIFICAÇÃO DO FUND  | O/JUSTIFICATIVA      |   |                      |   |                         |  |                  |
| CNPJ Beneficiário  | Nome do Ó            | rgão ou Entidade P                            | roponente            | Município   |                         | UF   |                  |
|  | NOME CPI             | CNPJ 888714620                                | 0125                 | CAMPO BOM   |                         | RS   |                  |
| População CEP<br>63339 9370000   |                      | 000   |                      | Rede/Programa<br>Programa de Mamografia Móvel no<br>SUS |                         | Forma/Tipo<br>Habilitação para<br>custelo/Novo |                  |
|  |                      |   |                      |   |                         |  |                  |
| Habilitaçã   |                      |   |                      |   |                         |  | le.              |
| Habilitaçã<br>Histórico<br>Nome - CPF: 03050884169   | P                    | ara Adequação                                 |                      |   |                         |  | le.              |
| Habilitaçã<br>Histórico<br>Nome - CPF: 03050884169<br>11/03/2014 17:04:24  | P                    | ara Adequação<br>ghdsgkgsdkkdas               |                      |   |                         |  | le               |
| Habilitaçã<br>Hastérico<br>Nome - CPF: 03050884169<br>11/03/2014 17:04:24<br>UNIDADE BENEFICIADA   | P                    | ara Adequação<br>ighdsgkgsdkkdas              |                      |   |                         |  | k                |
| Habilitaçã<br>Histórico<br>Nome - CPF: 03050884169<br>11/03/2014 17:04:24<br>UNIDADE BENEFICIADA<br>Componente/Serviço   | P                    | ara Adequação<br>ighdsgkgsdkkdas              | CNES/CEP             | Tipo de Abrangên  | cla                     | Valor  | Visualizar       |
| Habilitaçã<br>Histérico<br>Nome - CPF: 03050884169<br>11/03/2014 17:04:24<br>UNIDADE BENEFICIADA<br>Componente/Serviço<br>Unidade de Mamografia 1  | P<br>h<br>Móvel      | ara Adequação<br>ghdsgkgsdikkdas              | CNES/CEP<br>3642437  | Tipo de Abrangên<br>Regional                            | cla                     | Valor  | Visualizar<br>A  |
| Habilitaçã<br>Histórico<br>Nome - CPF: 03050884169<br>11/03/2014 17:04:24<br>UNIDADE BENEFICIADA -<br>Componente/Serviço<br>Unidade de Mamografia 7  | P<br>h<br>Móvel      | ara Adequação<br>ghdsgkgsdkkdas               | CNE5/CEP<br>3642437  | Tipo de Abrangên<br>Regional                            | icia<br>Valor Total: RS | Valor<br>0,00                                  | Visualizar<br>St |
| Habilitaçã<br>Histárico<br>Nome - CPF: 0305088169<br>11/03/2014 17:04:24<br>UNIDADE BENEFICIADA<br>Componente/Serviço<br>Unidade de Mamografia 7<br>Histórico  | P<br>h<br>Móvel      | ara Adequação<br>ghdsgkgsdkkdas               | CNE5/CEP<br>3642437  | Tipo de Abrangên<br>Regional                            | cia<br>Valor Total: RS  | Valor<br>0,00                                  | Visualizar<br>S  |
| Habilitaçã Histórico Nome - CPF: 03050884169 11/03/2014 17:04:24 UNIDADE BENEFICIADA Componente/Servico Unidade de Mamografia 3 Histórico Nome - CPF: 03050884169  | P<br>h<br>Móvel<br>C | ara Adequação<br>ghdsgkgsdkkdas<br>anfirmado  | CNE5/CEP<br>3642437  | Tipo de Abrangên<br>Regional                            | cia<br>Valor Total: R5  | Valor<br>0,00                                  | Visualizar<br>A  |
| Habilitaçã<br>Histórico<br>Nome - CPF: 0305684169<br>11/03/2014 17:04:24<br>UNIDADE BENEFICIADA -<br>Componente/Serviço<br>Unidade de Mamografia 3<br>Histórico<br>Nome - CPF: 0305084169<br>11/03/2014 17:04:25     | P<br>h<br>Móvel<br>C | ara Adequação<br>ghdsgkgsdikkdas<br>onfirmado | CNE5/CEP<br>3642437  | Tipo de Abrangên<br>Regional                            | cia<br>Valor Total: RS  | Valor<br>8,00                                  | Visuelizer<br>A  |
| Habilitaçã<br>Habilitaçã<br>Nome : 075: 03550841169<br>11/02/2014 12:0-2-3<br>UNIDADE BENEFICIADA -<br>Componentin/Jienviça<br>Unidade de Mamografia 7<br>Histerico<br>Nome : 075: 0350884169<br>11/02/2014 12:0-123 | P<br>h<br>Móvel<br>C | ara Adequação<br>ghdsgkgsdikkdas<br>onfirmado | CNES/CEP<br>3642437  | Tipo de Abrangên<br>Regional                            | cia<br>ValorTotal: RS   | Valor<br>0,00                                  | Visuelizer<br>St |

5.4 - As diligências são inseridas por blocos, apenas será possível alterar as informações que o técnico do MS colocar em diligência.

5.5 - No caso acima, por exemplo, deverá ser excluído o arquivo e incluído novo arquivo;

5.6 - Após alterar a diligência do respectivo bloco, clicar em Próxima Etapa.

5.7 - Ler no histórico quais as alterações solicitadas pelo parecerista e alterar somente o que foi referido no parecer.

5.8 - Após realizar todas as alterações, clicar em Enviar para o MS.

5.9 - Após nova análise e todas as adequações atendidas, a proposta encontrar-se-á aprovada.

# 6. Situações Possíveis da Proposta

#### • Incompleta

• Quando a proposta ainda não foi finalizada pelo cadastrador.

#### • A liberar

 Quando a proposta foi incluída pelo cadastrador que não possui um perfil livre. Somente o Gestor Estadual/Municipal poderá visualizar e liberar a proposta para ser analisada pelo MS.

#### • Enviada para o MS

• Quando a proposta foi finalizada pelo cadastrador e está disponível para o parecerista do MS realizar a análise inicial.

#### • A priorizar

 Quando uma proposta possui um componente/serviço com a necessidade de ser priorizado para análise. Somente o administrador e o gestor técnico do MS poderão liberar a proposta para ser analisada. A visualização é normal.

#### • Em diligência

• Quando o parecerista realiza a análise ou reanálise de uma proposta e a coloca *Para adequação*, ela ficará disponível para o cadastrador ajustar a proposta e permanecerá com esse status até ser reenviada ao MS.

#### • Reenviada para o MS

• Quando a proposta é ajustada após ser colocada *Em diligência*, finalizada e enviada para MS pelo cadastrador, ficando disponível para o parecerista do MS realizar a reanálise.

#### • Rejeitada

• Quando o parecerista realiza a análise de uma proposta e a rejeita, assim ela fica apenas disponível para visualização.

#### Aprovada

 Quando o parecerista realiza a análise da proposta e a aprova, assim ela fica disponível para geração do memorando/portaria, inserção do número do processo/portaria e inativação.

#### Gerada portaria/memorando de pagamento

 Quando o gestor técnico do MS gera a portaria/memorando da(s) proposta(s) aprovada(s).

# 7. Contatos

Dúvidas e mais informações deverão ser enviadas por e-mail para cgae@saude.gov.br.

No Assunto deve ser colocado: Dúvidas e Informações SAIPS.

# 8. Questões Específicas

# 8.1 ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DRC

| REQUISITO  | TIPO  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
| Informe o código da habilitação  | LISTA Atenção especializada em DRC com<br>Hemodiálise cód. 15.04; Atenção especializada<br>em DRC com diálise peritoneal – cód 15.05;<br>Atenção Especializada em DRC nos estágios<br>clínico 4 e 5(pré-dialítico) – cód. 15.06 |  |  |  |
| Informar número de máquinas de hemodiálise   | ТЕХТО   |  |  |  |
| Informar número de máquinas de hemodiálise reversa   | ТЕХТО   |  |  |  |
| Informar número de turnos de atendimento   | TEXTO   |  |  |  |
| Informar o número de pacientes em acompanhamento multiprofissional nos estágios clínicos 3, 4 e 5 (pré-diálise)  | ТЕХТО   |  |  |  |
| Informar o número de pacientes pediátricos adultos em Hemodiálise  | ТЕХТО   |  |  |  |
| Informar o número de pacientes adultos em Hemodiálise  | ТЕХТО   |  |  |  |
| Informar o número de pacientes com sorologia positiva para HIV, Hepatite B ou C em Hemodiálise   | ТЕХТО   |  |  |  |
| Informar o número de pacientes em Diálise Peritoneal Automatizada (DPA)  | ΤΕΧΤΟ   |  |  |  |
| Informar o número de pacientes em Diálise Peritoneal automatizada Contínua (DPAC)  | ТЕХТО   |  |  |  |
| Informar o número de pacientes em Diálise Intermitente (DPI)   | TEXTO   |  |  |  |
| Anexar resolução da Comissão Intergestores Bipartite – CIB ou, no caso do<br>Distrito Federal, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde ) e, quando<br>houver, da Comissão Intergestores Regional (CIR), conforme deliberação em<br>CIB, contendo: 1-tipo de habilitação com o respectivo código de habilitação,<br>nome de estabelecimento e CNES;<br>2-valor do impacto financeiro mensal e anual segundo os valores dos<br>procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses/Próteses e<br>Materiais Especiais do SUS; 3- memória de cálculo com valor do impacto<br>financeiro mensal e anual. | ARQUIVO   |  |  |  |
| O estabelecimento de saúde possui licença de funcionamento vigente?  | LISTA   |  |  |  |
| Anexar cópia do parecer técnico conclusivo da situação encontrada, caso o estabelecimento seja público.  | ARQUIVO   |  |  |  |
| O estabelecimento de saúde conta com parecer favorável de Vigilânica Sanitária local e está de acordo com a RDC n.º 11, de 13 de março de 2014 ou a que vier substituir?   | LISTA   |  |  |  |
| O estabelecimento de saúde possui serviço de diagnose para que seja garantida a execução dos exames laboratoriais (análises clínicas)  | LISTA   |  |  |  |
| Caso não possua, o estabelecimento referencia a algum serviço de diagnose?   | TEXTO   |  |  |  |
| O estabelecimento de saúde possui serviço de diagnose para que seja garantida a execução dos exames de imagem (Raio X e Ultrassonnografia)   | LISTA   |  |  |  |
| Caso não possua, o estabelecimento referência a algum serviço de imagem?   | TEXTO   |  |  |  |
| O estabelecimento de saúde possui sala amarela para o atendimento dos pacientes com sorologia positiva em Hepatite B?  | LISTA   |  |  |  |
| Caso não possua, o estabelecimento referência a algum serviço que possua sala amarela?   | ТЕХТО   |  |  |  |
| O estabelecimento de saúde possui serviço próprio para confecção de fístula arteio-venosa ou implante de cateter para diálise peritoneal?  | LISTA   |  |  |  |
| Caso não possua, o estabelecimento referência para algum serviço que realize a confecção da fístula?   | ТЕХТО   |  |  |  |

| O estabelecimento de saúde possui serviço de internação próprio para os casos          |          |
|--|----------|
| que necessitem de internação por intercorrências decorrentes do tratamento             | LISTA    |
| dialítico?   |          |
| Caso não possua, o estabelecimento referência para algum servico as                    |          |
| intercorrências decorrentes do tratamento dialítico?                                   | TEXTO    |
| E-i estabalacida non mais de control de reculação de uncânsia e emençânsia e           |          |
| Foi estabelecida, por meio da central de regulação de urgencia e emergencia, a         | LISTA    |
| transferência do paciente em serviço de urgência móvel?                                |          |
| O estabelecimento de saúde habilitado como Atenção Especializado em DRC                |          |
| nos estágios 3, 4 e 5 (pré-dialítico) – cód. 15.06 – possui equipe mínima de           | LISTA    |
| acordo com o proposto na Portaria n.º 1675 de 07/06/2018                               |          |
| Informar o(s) nome(s) do(s) médico(s) nefrologista(s) e CRM                            | TEXTO    |
| Informatio(s) none(s) do(s) include(s) include(s) include(s) contraction $(z) = CODEN$ | TEVTO    |
| Informar o(s) nome(s) do(s) enfermeiro(s) e COREN.                                     | IEXIO    |
| Informar o(s) nome(s) do(s) psicólogo(s) e CRP.  | TEXTO    |
| Informar o(s) nome(s) do(s) assistente(s) social(is) e CRESS.                          | TEXTO    |
| O estabelecimento de saúde habilitado como Atenção Especializada com                   |          |
| Hemodiálise – cód 15.04 – possui equipe mínima de acordo com o proposto na             | LISTA    |
| Portaria nº 1675 de 07/06/2018   |          |
|  |          |
| Informar o(s) nome(s) do(s) medico(s) nefrologista(s) e CRM.                           | IEXIO    |
| Informar o(s) nome(s) do(s) enfermeiro(s) e COREN.                                     | TEXTO    |
| Informar o(s) nome(s) do(s) psicólogo(s) e CRP.  | TEXTO    |
| Informar o(s) nome(s) do(s) assistente(s) social(is) e CRESS.                          | TEXTO    |
| Relação com os nomes dos técnicos de enfermagem  | TEXTO    |
|  | ILAIO    |
| O estabelecimento de saude nabilitado como Atenção Especializada com Dialise           |          |
| Peritoneal – cód. 15.05 – possui equipe mínima de acordo com o proposto na             | LISTA    |
| Portaria n.º 1675 de 07/06/2018  |          |
| Informar o(s) nome(s) do(s) médico(s) nefrologista(s) e CRM.                           | TEXTO    |
| Informar o(s) nome(s) do(s) enformairo(s) e COPEN                                      | ΤΕΥΤΟ    |
|  |          |
| Informar o(s) nome(s) do(s) psicólogo(s) e CRP.  | TEXTO    |
| Informar o(s) nome(s) do(s) assistente(s) social(is) e CRESS.                          | TEXTO    |
| Relação com os nomes dos técnicos de enfermagem  | TEXTO    |
| A operação do sistema de Tratamento e Distribuição de Água para Hemodiálise            |          |
| (SADTH)á realizado por ampresa tercairizada?   | LISTA    |
| (SADTH)e realizado por empresa tercentzada?  |          |
| Informar o nome e CNPJ da empresa, caso o serviço seja terceirizado.                   | TEXTO    |
| Informar se o estabelecimento de saúde habilitado como Atenção Especializada           |          |
| am DBC som Hamodiálica 15.04 shadaaa na mínima a saguinta mrananaão                    |          |
| em DRC com Hemodianse - 15.04 - obedece, no minimo, a seguinte proporção               | LISTA    |
| 1(um) medico para cada 50 (cinquenta) pacientes, em cada turno.                        |          |
|  |          |
| Informar se o estabelecimento de saúde habilitado como Atenção Especializada           |          |
| em DRC com Hemodiálise - 15.04 - obedece, no mínimo, a seguinte proporção              | 1. TOT 1 |
| 1(um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes, em cada turno                     | LISTA    |
| (un) enternerio para cada 50 (enquenta) paciences, em cada tarno.                      |          |
|  |          |
| Informar se o estabelecimento de saúde habilitado como Atenção Especializada           |          |
| em DRC com Hemodiálise - 15.04 - obedece, no mínimo, a seguinte proporção              | LISTA    |
| 1(um) técnico para cada 6 (seis) pacientes, em cada turno.                             | LIGIA    |
|  |          |
| Informar se o estabelecimento de saúde habilitado como Atenção Especializada           |          |
| am DBC com Homodiélise 15.04 obedece no mínimo a seguinte proporção                    |          |
| en DRC com remouranse - 15.04 - obedece, no minimo, a seguinte proporção               | LISTA    |
| I(um) tecnico para cada 6 (seis) pacientes, em cada turno.                             |          |
|  |          |
| Informar se o estabelecimento de saúde habilitado como Atenção Especializada           |          |
| em DRC com Diálise Peritoneal - 15.05 - obedece, no mínimo, a seguinte                 |          |
| proporção 1(um) médico para cada 50 (cinquenta) pacientes, em cada turno               | LISTA    |
| proporção rum, montos para cada 50 (emquenta) pacientes, em cada tanio.                |          |
| Information of a stable learning to do solido h-hilited Atom 2 - E 1' - 1              |          |
| informar se o estabelecimento de saude nabilitado como Atenção Especializada           | 1.1077.4 |
| em DRC com Dialise Peritoneal - 15.05 - obedece, no mínimo, a seguinte                 | LISTA    |
| proporção 1(um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes, em cada turno.          |          |
| Anexar planilha com descrição e memória de cálculo do impacto financeiro               |          |
| mensal e anual segundo os valores dos procedimentos da Tabela de                       | Anexo    |
| Procedimentos, Medicamentos, órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS             |          |
| Anavar Relatório de Vigilância Sanitária local com narocar favorával poro              |          |
| Anexal Relationo de vignancia Sannaria local com parecer lavoravel para a              | A novo   |
| naoimação, de acordo com a KDC n.º 11, de 15 de março de 2014 da ANVISA                | AllexO   |
| ou que vier a substituir.  |          |
|  | Anovo    |
| Anexar cópia da licença de funcionamento vigente                                       | Allexo   |