

- d) blender para mistura oxigênio/ar; e
- e) oxímetro de pulso com sensor neonatal e bandagem elástica escura.

IV - Material para intubação traqueal:

- a) laringoscópio infantil com lâmina reta nº 00, 0 e 1;
- b) cânulas traqueais sem balonete, de diâmetro uniforme 2,5/3,0/ 3,5 e 4,0 mm;
- c) material para fixação da cânula: tesoura, fita adesiva e algodão com SF 0,9%; e
- d) pilhas e lâmpadas sobressalentes.

V - Medicamentos:

- a) adrenalina (diluir em SF 0,9% a 1/10.000 em seringa de 5,0 ml para uso endotraqueal);
- b) adrenalina (diluir em SF 0,9% a 1/10.000 em seringa de 1,0 ml para uso endovenoso); e
- c) expansor de volume (SF 0,9% ou Ringer-lactato) em 2 seringas de 20 ml.

VI - Material para cateterismo umbilical:

- a) campo fenestrado esterilizado, cadarço de algodão e gaze;
- b) pinça tipo kelly reta de 14 cm e cabo de bisturi com lâmina Nº 21;
- c) porta agulha de 11 cm e fio agulhado mononylon 4.0; e
- d) cateter umbilical 5F ou 8F de PVC ou poliuretano.

VII - Outros:

- a) luvas e óculos de proteção individual;
- b) compressas e gazes esterilizadas;
- c) estetoscópio neonatal;
- d) saco de polietileno de 30x50 cm e touca para proteção térmica do prematuro; e
- e) tesoura de ponta romba e clampeador de cordão umbilical.

**ANEXO III**

Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) (Origem: PRT MS/GM 1600/2011)

**Art. 1º** Este Anexo institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 1º)

**LIVRO I**

**DAS DIRETRIZES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS**

(Origem: PRT MS/GM 1600/2011, CAPÍTULO I)

**Art. 2º** Constituem-se diretrizes da Rede de Atenção às Urgências: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º)

**I** - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, I)

**II** - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes); (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, II)

**III** - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, III)

**IV** - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, IV)

**V** - garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, V)

**VI** - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, VI)

**VII** - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, VII)

**VIII** - atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, VIII)

**IX** - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolatividade da atenção; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, IX)

**X** - articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, X)

**XI** - participação e controle social dos usuários sobre os serviços; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, XI)

**XII** - fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, XII)

**XIII** - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, XIII)

**XIV** - qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, XIV)

**Art. 3º** Fica organizada, no âmbito do SUS, a Rede de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 3º)

**§ 1º** A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A Rede de Atenção às Urgências deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos e de densidade populacional. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 3º, § 2º)

§ 3º O acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A Rede de Atenção às Urgências priorizará as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 3º, § 4º)

**Art. 4º** A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º)

I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, I)

II - Atenção Básica em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, II)

III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, III)

IV - Sala de Estabilização; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, IV)

V - Força Nacional de Saúde do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, V)

VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, VI)

VII - Hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, VII)

VIII - Atenção Domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, VIII)

## LIVRO II

### DOS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E SEUS OBJETIVOS

(Origem: PRT MS/GM 1600/2011, CAPÍTULO II)

**Art. 5º** O Componente Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde tem por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 5º)

**Art. 6º** O Componente Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 6º)

**Art. 7º** O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 7º)

**Parágrafo Único.** O Componente de que trata o caput deste artigo pode se referir a atendimento primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas que necessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 7º, Parágrafo Único)

**Art. 8º** O Componente Sala de Estabilização deverá ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção a saúde pela central de regulação das urgências. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 8º)

**Parágrafo Único.** O Componente de que trata o caput deste artigo não se caracteriza como novo serviço de saúde para assistência a toda demanda espontânea, mas sim para garantir a disponibilidade de atendimento para estabilização dos agravos críticos à saúde. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 8º, Parágrafo Único)

**Art. 9º** O Componente Força Nacional de Saúde do SUS objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 9º)

**Art. 10.** O Componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas está assim constituído: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 10)

I - a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 10, I)

II - as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e o conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 10, II)

**Art. 11.** O Componente Hospitalar será constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 11)

**Art. 12.** O Componente Atenção Domiciliar é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 12)

## TÍTULO I

### DO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO ÂMBITO DO SUS

**Art. 13.** O Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências será estruturado de forma articulada e integrada a todos os outros componentes dessa Rede, a partir do Plano de Ação Regional, conforme Anexo III. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 2º)

## CAPÍTULO I

### DOS OBJETIVOS E DIRETRIZES DO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

(Origem: PRT MS/GM 2395/2011, CAPÍTULO I)

**Art. 14.** São objetivos do Componente Hospitalar da Rede Atenção às Urgências: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 3º)

I - organizar a atenção às urgências nos hospitais, de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 3º, I)

II - garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 3º, III)

III - garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de leitos de Cuidados Prolongados e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 3º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2809/2012)

**Art. 15.** Constituem diretrizes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 4º)

I - universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 4º, I)

II - humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 4º, II)

III - atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 4º, III)

IV - regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 4º, IV)

V - atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 4º, V)

## CAPÍTULO II

### DAS PORTAS DE ENTRADA HOSPITALARES DE URGÊNCIA

(Origem: PRT MS/GM 2395/2011, CAPÍTULO II)

**Art. 16.** Para efeito deste Título, são Portas de Entrada Hospitalares de Urgência os serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 5º)

§ 1º Atendimento ininterrupto é aquele que funciona nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 5º, § 1º)

§ 2º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, objeto deste Título, devem estar instaladas em unidades hospitalares estratégicas para a rede de atenção às urgências. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 5º, § 2º)

§ 3º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência de atendimento exclusivo de obstetrícia e psiquiatria não estão incluídas no conjunto de Portas de Entrada Hospitalares de Urgência previstas neste Título. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 5º, § 3º)

**Art. 17.** São consideradas unidades hospitalares estratégicas para a Rede de Atenção às Urgências aquelas que se enquadrarem nos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º)

I - ser referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios, conforme registro no Sistema de Informação Hospitalar (SIH); (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, I)

II - ter no mínimo 100 (cem) leitos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, II)

III - estar habilitada em pelo menos uma das seguintes linhas de cuidado: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, III)

a) cardiovascular; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, III, a)

b) neurologia/neurocirurgia; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, III, b)

c) pediatria; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, III, c)

d) traumato-ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, III, d)

§ 1º As instituições hospitalares que não se enquadrarem estritamente nos requisitos estabelecidos neste artigo, mas que, excepcionalmente, forem consideradas estratégicas para a referência regional no Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências poderão se beneficiar dos investimentos estabelecidos neste Título. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, § 1º)

§ 2º A caracterização de unidades hospitalares como excepcionalmente estratégicas para a referência regional do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências será pactuada na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e avaliada pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, § 2º)

## CAPÍTULO III

### DOS LEITOS DE RETAGUARDA

(Origem: PRT MS/GM 2395/2011, CAPÍTULO III)

§ 1º Os novos leitos de retaguarda poderão localizar-se nas unidades hospitalares estratégicas, definidas pelo art. 17, ou em outros hospitais de retaguarda localizados nas regiões de saúde em que estejam situadas as unidades hospitalares estratégicas. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 11, § 2º)

**Art. 18.** O Componente Hospitalar de Atenção às Urgências deverá garantir e organizar a retaguarda de leitos para a Rede de Atenção às Urgências, por meio da ampliação e qualificação de enfermarias clínicas de retaguarda, leitos de Cuidados Prolongados e leitos de terapia intensiva. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 11) (com redação dada pela PRT MS/GM 2809/2012)

§ 2º O número de novos leitos de retaguarda de enfermarias clínicas e terapia intensiva (UTI) será calculado de acordo com parâmetros de necessidade, por tipo de leito, conforme definido na Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 11, § 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2809/2012)

§ 3º O número de novos leitos de Cuidados Prolongados será calculado de acordo com parâmetros de necessidade definidos em ato específico. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 11, § 3º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2809/2012)

## CAPÍTULO IV

### DOS SISTEMAS ESTADUAIS DE REFERÊNCIA HOSPITALAR EM ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

**Art. 19.** Ficam criados mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 1º)

**Art. 20.** Ficam estabelecidos os seguintes critérios para classificação e inclusão dos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, que farão jus à remuneração adicional estabelecida no art. 22: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º)

**§ 1º** Hospitais Tipo I - são hospitais especializados, que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica, nas áreas de pediatria ou traumatologia ou cardiologia. Devem dispor de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º)

**I** - área física e instalações - compatíveis com as normas do Ministério da Saúde e adequadas para o acolhimento e atendimento especializado aos portadores de danos e/ou agravos específicos em situação de urgência/emergência. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, I)

**II** - recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis - propedêuticos e/ou terapêuticos, existentes no hospital para o atendimento das urgências/emergências especializados em: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II)

**a)** cardiologia: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a)

1. radiologia convencional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 1)
2. análises clínicas laboratoriais; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 2)
3. eletrocardiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 3)
4. ultra-sonografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 4)
5. ecocardiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 5)
6. hemodinâmica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 6)
7. angiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 7)
8. cirurgia cardiovascular; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 8)
9. unidade de terapia intensiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 9)
10. agência transfusional, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 10)
11. anesthesiologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 11)

**b)** pediatria: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b)

1. radiologia convencional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 1)
2. análises clínicas laboratoriais; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 2)
3. eletrocardiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 3)
4. ultra-sonografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 4)
5. unidade de terapia intensiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 5)
6. cirurgia pediátrica, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 6)
7. anesthesiologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 7)

**c)** traumato-ortopedia: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, c)

1. radiologia convencional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, c, 1)
2. análises clínicas laboratoriais; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, c, 2)
3. intensificador de imagem, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, c, 3)
4. anesthesiologia. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, c, 4)

**III** - outros recursos tecnológicos acessíveis e/ou alcançáveis sob a forma de contrato, convênio, comodato, parceria ou compra direta de serviço, com identificação do prestador, próprios dos hospitais de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III)

**a)** cardiologia: tomografia computadorizada (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, a)

**b)** pediatria: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, b)

1. agência transfusional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, b, 1)
2. tomografia computadorizada; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, b, 2)
3. broncoscopia, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, b, 3)
4. endoscopia. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, b, 4)

**c)** traumato-ortopedia: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c)

1. tomografia computadorizada; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c, 1)
2. cirurgia vascular; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c, 2)
3. cirurgia bucomaxilofacial; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c, 3)
4. cirurgia geral; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c, 4)
5. neurocirurgia, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c, 5)
6. agência transfusional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c, 6)

**IV** - recursos humanos mínimos indispensáveis, presentes no hospital, capacitados para atendimento às urgências/emergências específicas nas áreas de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV)

**a)** cardiologia: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a)

1. cardiologista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 1)
2. hemodinamicista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 2)
3. angiografista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 3)
4. cirurgião cardiovascular; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 4)
5. intensivista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 5)
6. ecocardiografista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 6)
7. imagenologista, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 7)
8. anesthesiologista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 8)

**b) pediatria;** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, b)

1. pediatra; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, b, 1)

2. intensivista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, b, 2)

3. cirurgião pediátrico, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, b, 3)

4. anestesista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, b, 4)

**c) traumato-ortopedia;** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, c)

1. ortopedista e traumatologista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, c, 1)

2. clínico geral; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, c, 2)

3. anestesista. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, c, 3)

**V - outros recursos humanos alcançáveis, identificados por especialidade e capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas áreas de:** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V)

**a) cardiologia;** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, a)

1. imagenologista, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, a, 1)

2. hematologista. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, a, 2)

**b) pediatria;** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, b)

1. imagenologista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, b, 1)

2. hematologista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, b, 2)

3. broncoscopista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, b, 3)

4. endoscopista, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, b, 4)

5. neuropediatria. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, b, 5)

**c) Traumato-ortopedia;** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c)

1. imagenologista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c, 1)

2. cirurgião vascular; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c, 2)

3. cirurgião bucomaxilofacial; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c, 3)

4. cirurgião geral; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c, 4)

5. neurocirurgião, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c, 5)

6. hematologista. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c, 6)

**§ 2º Hospitais Tipo II - são hospitais gerais que dispõem de unidade de urgência/emergência e de recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento geral das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica. Devem dispor de:** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º)

**I - área física e instalações - compatíveis com as normas do Ministério da Saúde e adequadas para o acolhimento e atendimento dos portadores de danos e/ou agravos caracterizados como urgência/emergência clínica e cirúrgica.** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, I)

**II - recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis existentes no hospital - para propedêutica e/ou terapêutica dos atendimentos de urgência/emergência, a saber:** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II)

**a) radiologia convencional;** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, a)

**b) ultra-sonografia;** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, b)

**c) análises clínicas laboratoriais;** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, c)

**d) eletrocardiografia;** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, d)

**e) terapia intensiva;** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, e)

**f) tomografia computadorizada;** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, f)

**g) endoscopia;** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, g)

**h) agência transfusional;** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, h)

**i) anesthesiologia.** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, i)

**III - outros recursos tecnológicos - próprios ou de terceiros, acessíveis sob a forma de contrato, convênio, comodato, parceria ou compra direta de serviço, com identificação dos prestadores, a saber:** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II)

**a) broncoscopia;** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, a)

**b) hemodinâmica;** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, b)

**c) angiografia;** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, c)

**d) ecocardiografia, e** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, d)

**e) terapia renal substitutiva;** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, e)

**IV - recursos humanos mínimos e indispensáveis - presentes no hospital, capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas áreas de:** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III)

**a) clínica médica;** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III, a)

**b) clínica pediátrica;** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III, b)

**c) cirurgia geral;** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III, c)

**d) ortopedia e traumatologia;** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III, d)

**e) anestesia, e** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III, e)

**f) tratamento intensivo.** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III, f)

**V** - outros recursos humanos alcançáveis, identificados por especialidade, capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas áreas de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV)

- a) oftalmologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, a)
- b) endoscopia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, b)
- c) broncoscopia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, c)
- d) otorrinolaringologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, d)
- e) cardiologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, e)
- f) odontologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, f)
- g) hemodinâmica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, g)
- h) neurologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, h)
- i) neurocirurgia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, i)
- j) angiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, j)
- k) psiquiatria; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, k)
- l) gineco-obstetrícia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, l)
- m) hematologista, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, m)
- n) cirurgia pediátrica. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, n)

**§ 3º** Hospitais Tipo III - são hospitais gerais caracterizados como aqueles que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento geral das urgências/emergências clínicas, cirúrgicas e traumatológicas, desempenham ainda as atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização dos recursos humanos envolvidos com as atividades/emergências, de natureza clínica ou cirúrgica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º)

**I** - área física e instalações - compatíveis com as normas do Ministério da Saúde e adequadas para acolhimento e atendimento dos portadores de danos e/ou agravos caracterizados como pequenas, médias ou grandes urgências/emergências, de natureza clínica ou cirúrgica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, I)

**II** - recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis - propedêuticos e/ou terapêuticos, existentes no hospital, a saber: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II)

- a) análises clínicas laboratoriais; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, a)
- b) radiologia convencional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, b)
- c) ultra-sonografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, c)
- d) eletrocardiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, d)
- e) unidade de terapia intensiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, f)
- f) tomografia computadorizada; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, g)
- g) agência transfusional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, h)
- h) endoscopia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, i)
- i) broncoscopia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, j)
- j) terapia renal substitutiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, k)
- k) anestesiologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, l)
- l) neurocirurgia, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, m)
- m) Ecocardiografia. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, n)

**III** - outros recursos tecnológicos - próprios ou de terceiros, acessíveis sob a forma de contrato, convênio, comodato, parceria ou compra direta de serviço, com identificação dos prestadores, a saber: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, III)

- a) hemodinâmica, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, III, a)
- b) angiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, III, b)

**IV** - recursos humanos mínimos e indispensáveis - presentes no hospital, capacitados nas áreas de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV)

- a) clínica médica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, a)
- b) clínica pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, b)
- c) cirurgia geral adulto e pediátrico; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, c)
- d) ortopedia e traumatologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, d)
- e) anestesia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, e)
- f) terapia intensiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, f)
- g) odontologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, g)
- h) radiologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, h)
- i) cardiologista, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, i)
- j) neurologista (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, j)

**V** - outros recursos humanos - alcançáveis, mediante indicação dos profissionais, capacitados nas áreas de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V)

- a) cirurgia vascular; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, a)
- b) toxicologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, b)
- c) oftalmologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, c)
- d) hemodinâmica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, d)

- e) angiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, e)
- f) endoscopia digestiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, f)
- g) broncoscopia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, g)
- h) otorrinolaringologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, h)
- i) cirurgia bucomaxilofacial.; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, i)
- j) cirurgia plástica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, j)
- k) gineco-obstetrícia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, k)
- l) psiquiatria; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, l)
- m) cirurgia torácica, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, m)
- n) neurocirurgia. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, n)

§ 4º Ficam entendidos como recursos tecnológicos e humanos acessíveis/alcançáveis aqueles que são necessários ao atendimento aos pacientes em situação de urgência/emergência e pelos quais a unidade hospitalar se responsabiliza, garantindo com recursos do próprio hospital o acesso ao serviço ou profissional. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 4º)

**Art. 21.** As Unidades Hospitalares que preencherem os requisitos constantes do art. 20 e participarem das Centrais de Regulação ou de Mecanismos de Garantia de Referência, passarão a dispor das condições para integrar o Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 3º)

**Art. 22.** Os hospitais integrantes do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências receberão remuneração adicional, relativa aos procedimentos de internação hospitalar de emergência listados no Anexo 1 do Anexo III, de conformidade com a seguinte classificação e respectivos percentuais: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 4º)

- I - Hospital Tipo I - 20%; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 4º, I)
- II - Hospital Tipo II - 35%, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 4º, II)
- III - Hospital Tipo III - 50%. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 4º, III)

**Parágrafo Único.** Os atendimentos às urgências/emergências psiquiátricas somente farão jus à remuneração adicional quando realizadas nos hospitais gerais, sejam tipo II ou III. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 4º, Parágrafo Único)

**Art. 23.** Para a efetivação do pagamento do adicional, de que trata o art. 22, deverá ser lançado no campo específico da AIH para CARÁTER DE INTERNAÇÃO, o dígito 2 - Emergência em Unidade de Referência. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 5º)

**Art. 24.** Ficam definidos os procedimentos passíveis de cobrança, na forma dos artigos anteriores, os quais constam do Anexo 1 do Anexo III. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 6º)

**Parágrafo Único.** A Secretaria de Atenção à Saúde fica autorizada a emitir portarias, incluindo ou excluindo procedimentos objeto deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 6º, Parágrafo Único)

**Art. 25.** O gestor estadual/municipal deverá realizar supervisão nas AIH emitidas, bem como programar e executar a realização de auditorias. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 7º)

**Art. 26.** O adicional de que trata o art. 22 não será cumulativo com o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E). (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 8º)

**Art. 27.** Não serão passíveis de adicional as órteses, próteses e materiais especiais, hemoterapia e procedimentos de alta complexidade em Neurocirurgia. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 9º)

**Art. 28.** Cada Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências contará com um número máximo de Unidades Hospitalares Tipos I, II e III, a ser definido pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), com base em estudos realizados em conjunto com a respectiva secretaria estadual de saúde, em indicadores populacionais e disponibilidade de recursos.

Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 10)

**Art. 29.** Cabe ao gestor estadual, após aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite, o encaminhamento da proposta de seu Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências à Secretaria de Atenção à Saúde que, após análise, providenciará o correspondente reajuste financeiro. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 11)

**Art. 30.** A classificação dos hospitais, bem como sua consequente remuneração adicional, é dinâmica, pressupondo, portanto, que as Comissões Intergestores Bipartite possam solicitar reequadramento de unidades à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 12)

§ 1º Nos casos de reavaliação, a mesma será efetuada considerando o cumprimento integral do disposto neste Capítulo, assim como a disponibilidade de recursos. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 12, § 1º)

§ 2º Caso as Secretarias Estaduais de Saúde já tenham enviado a relação de unidades hospitalares para habilitação, com base nos critérios exigidos pela Portaria GM/MS/Nº 2925/98, revogada pelo art. 15 deste ato, e não tenham solicitado alteração no prazo de 30 (trinta) dias, a SAS/MS procederá à análise documental e à visita de inspeção, definindo a classificação de acordo com os critérios deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 12, § 2º)

§ 3º Para efeito de programação e elaboração dos projetos, o Ministério da Saúde deverá informar a cada estado os recursos financeiros estimados para remuneração adicional de custeio. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 12, § 3º)

**Art. 31.** As secretarias estaduais ou municipais de saúde realizarão avaliações semestrais nas unidades, podendo solicitar o descredenciamento, caso seja constatado o não cumprimento das exigências deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 13)

**Art. 32.** Nos casos em que todas as unidades indicadas já sejam dotadas dos requisitos de qualificação tecnológica exigidos para as unidades hospitalares do tipo III, parcela dos recursos de investimento poderá ser utilizada em unidades hospitalares estratégicas, que façam parte do Sistema Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências, medida que deverá ser devidamente justificada pela Comissão Intergestores Bipartite e aprovada pela SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 14)

#### CAPÍTULO V

#### DO PROGRAMA DE APOIO À IMPLANTAÇÃO DOS SISTEMAS ESTADUAIS DE REFERÊNCIA HOSPITALAR PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

**Art. 33.** Fica instituído o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento de Urgência e Emergência. (Origem: PRT MS/GM 2923/1998, Art. 1º)

**Art. 34.** Este programa contará com recursos que deverão se alocados de acordo com as necessidades da Unidade Federativa: (Origem: PRT MS/GM 2923/1998, Art. 2º)

I - na área de Assistência Pré-hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 2923/1998, Art. 2º, I)

II - nas Centrais de Regulação; (Origem: PRT MS/GM 2923/1998, Art. 2º, II)

III - nos Hospitais de Referência do Sistema Estadual, e (Origem: PRT MS/GM 2923/1998, Art. 2º, III)

IV - em treinamento das respectivas equipes. (Origem: PRT MS/GM 2923/1998, Art. 2º, IV)

**CAPÍTULO VI**  
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS  
(Origem: PRT MS/GM 2395/2011, CAPÍTULO V)

**Art. 35.** Para garantir a qualidade da gestão das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e dos leitos de retaguarda, as instituições hospitalares contempladas por este Título criarão Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar, compostos por: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 27)

I - coordenador da Urgência/Emergência; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 27, I)

II - coordenador da UTI; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 27, II)

III - coordenador das Unidades de internação; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 27, III)

IV - coordenador da central de internação do hospital; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 27, IV)

V - representante do gestor local. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 27, V)

**Art. 36.** Compete aos Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28)

I - garantir o uso dinâmico dos leitos hospitalares, promovendo a interface com as Centrais de Regulação de urgência e internação; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, I)

II - promover a permanente articulação entre a unidade de urgência e as unidades de internação; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, II)

III - monitorar o tempo de espera para atendimento na emergência e para internação; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, III)

IV - propor mecanismos de avaliação por meio de indicadores clínicos e administrativos; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, IV)

V - propor e acompanhar a adoção de Protocolos clínicos; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, V)

VI - acompanhar o processo de cuidado do paciente, visando ao atendimento no local mais adequado às suas necessidades; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, VI)

VII - articular o conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como as equipes multiprofissionais, garantindo a integralidade do cuidado intra-hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, VII)

VIII - manter a vigilância da taxa média de ocupação e da média de permanência; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, VIII)

IX - garantir uso racional, universal e equitativo dos recursos institucionais, por meio do controle sobre os processos de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, IX)

X - atuar junto às equipes na responsabilização pela continuidade do cuidado, por meio da articulação e encaminhamento aos demais serviços da rede; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, X)

XI - monitorar o agendamento cirúrgico, com vistas à otimização da utilização das salas; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, XI)

XII - agilizar a realização de exames necessários; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, XII)

XIII - definir critérios de internação e alta; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, XIII)

XIV - responder às demandas do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e Comitê Gestor Estadual da Rede de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, XIV)

**Parágrafo Único.** Para o alcance dos objetivos estabelecidos neste artigo, cada membro do grupo terá funções específicas cotidianas relativas ao funcionamento do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar, articuladas entre si e com o conjunto de coordenadores das diversas especialidades, com agenda conjunta periódica para avaliação das atividades desenvolvidas. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, Parágrafo Único)

**Art. 37.** A SAS/MS publicará portaria específica com os critérios para a reorganização das Linhas de Cuidado Prioritárias. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 29)

**Art. 38.** Este Título organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 1º)

**Parágrafo Único.** A organização dar-se-á por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, dos leitos de Cuidados Prolongados e dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular, de acordo com os critérios estabelecidos neste Título. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 1º, Parágrafo Único) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2809/2012)

**TÍTULO II**  
DO COMPONENTE DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)

**CAPÍTULO I**

DAS DIRETRIZES PARA A IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192) E SUA CENTRAL DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS, COMPONENTE DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

**Art. 39.** Este Capítulo define as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componentes da Rede de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 1º)

**Seção I**  
Das Definições  
(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO I)

**Art. 40.** Para efeito deste Capítulo, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º)

I - SAMU 192: componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, à sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, I)



**II - Central de Regulação das Urgências:** estrutura física constituída por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio-operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro de uma Rede de Atenção; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, II)

**III - Base Descentralizada:** infraestrutura que garante tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 regional ou sediado em Município de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica, conforme definido no Plano de Ação Regional, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s); (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, III)

**IV - incentivo:** modalidade de repasse de recurso financeiro a ser utilizado tanto para investimento, quanto para custeio; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, IV)

**V - investimento:** modalidade de repasse de recurso financeiro para construção, compra de unidades móveis, aquisição de equipamentos permanentes de saúde, de tecnologia de informação e mobiliário; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, V)

**VI - custeio:** modalidade de repasse de recurso financeiro para capacitação e educação permanente, manutenção das equipes efetivamente implantadas, reformas, insumos, manutenção de equipamentos e das unidades móveis de urgência; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, VI)

**VII - habilitação:** processo pelo qual o SAMU 192 e as Centrais de Regulação das Urgências cumprem determinados requisitos do processo de habilitação, tornando-se aptos ao recebimento dos incentivos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde, tanto para investimento quanto para custeio; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, VII)

**VIII - qualificação:** processo pelo qual o componente SAMU 192 regional já habilitado cumpre requisitos de qualificação estabelecidos neste Capítulo, passando a fazer jus a novos valores de custeio; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, VIII)

**IX - Indicadores do SAMU 192:** situações utilizadas pelo Ministério da Saúde para avaliação do funcionamento do SAMU 192 no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, IX)

**X - Coordenador do Serviço:** profissional oriundo da área da saúde, com experiência e conhecimento comprovados na atividade de atendimento pré-hospitalar às urgências e de gerenciamento de serviços e sistemas; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, X)

**XI - Responsável Técnico:** profissional médico responsável pelas atividades médicas do serviço; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, XI)

**XII - Responsável de Enfermagem:** profissional enfermeiro responsável pelas atividades de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, XII)

**XIII - Médicos Reguladores:** profissionais médicos que, com base nas informações colhidas dos usuários, quando estes acionam a central de regulação, são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, XIII)

**Parágrafo Único.** Os indicadores do SAMU 192 são: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único)

**I - número geral de ocorrências atendidas no período;** (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

**II - tempo mínimo, médio e máximo de resposta;** (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

**III - identificação dos motivos dos chamados;** (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, III)

**IV - quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de Unidade de Suporte Avançado (USA) e Unidade de Suporte Básico (USB);** (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, IV)

**V - localização das ocorrências;** (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, V)

**VI - idade e sexo dos pacientes atendidos;** (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, VI)

**VII - identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento;** (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, VII)

**VIII - identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento; e** (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, VIII)

**IX - pacientes (número absoluto e percentual) referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento.** (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, IX)

## Seção II

Da Composição do Componente SAMU 192  
(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO II)

### Subseção I

Da Central de Regulação das Urgências  
(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO II, Seção I)

**Art. 41.** A Central de Regulação das Urgências terá equipe composta por: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 3º)

**I - Médicos com capacitação em regulação médica das urgências (MR);** (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 3º, I)

**II - Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM); e** (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 3º, II)

**III - Radio-Operador (RO).** (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 3º, III)

**Art. 42.** As Centrais de Regulação das Urgências deverão seguir os quantitativos mínimos de profissionais estabelecidos no Anexo 3 do Anexo III e totais de profissionais estabelecidos no Anexo LXXXIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 4º)

### Subseção II

Das Bases Descentralizadas  
(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO II, Seção II)

**Art. 43.** As Bases Descentralizadas poderão existir sempre que se fizer necessária infraestrutura que garanta tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 regional ou sediado em Município de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica, conforme definido no Plano de Ação Regional, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s). (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 5º)

**Parágrafo Único.** As Bases Descentralizadas deverão seguir a estrutura física padronizada pelo Ministério da Saúde, incluída a padronização visual. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 5º, Parágrafo Único)

### Subseção III

Das Unidades Móveis  
(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO II, Seção III)

**Art. 44.** As unidades móveis para atendimento de urgência podem ser das seguintes espécies: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º)

**I** - Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, I)

**II** - Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, II)

**III** - Equipe de Aeromédico: composta por no mínimo um médico e um enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, III)

**IV** - Equipe de Embarcação: composta por no mínimo 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, IV)

**V** - Motolância: conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, V)

**VI** - Veículo de Intervenção Rápida (VIR): tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, VI)

**Parágrafo Único.** Situações excepcionais serão analisadas pela área técnica da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGUE/DAHU/SAS/MS), no sentido de se disponibilizar o tipo de unidade móvel mais adequado às peculiaridades regionais. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, Parágrafo Único)

### Seção III

Da Regionalização  
(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO III)

**Art. 45.** O componente SAMU 192 será regionalizado, a fim de ampliar o acesso às populações dos municípios em todo o território nacional, por meio de diretrizes e parâmetros técnicos definidos pelo Capítulo I do Título II do Livro II. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 7º)

**§ 1º** Cada região terá um Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, nos termos definidos em ato do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 7º, § 1º)

**§ 2º** Para o planejamento, implantação e implementação da regionalização, interiorização e ampliação do acesso ao SAMU 192, deverá ser utilizado, prioritariamente, o parâmetro de tempo-resposta, ou seja, o tempo adequado tecnicamente transcorrido entre a ocorrência do evento de urgência e emergência e a intervenção necessária. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 7º, § 2º)

**Art. 46.** A regionalização é pré-requisito para análise do componente SAMU 192 do Plano de Ação Regional e poderá ocorrer das seguintes formas: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 8º)

**I** - regionalização do SAMU 192 com proposta de agrupamento de Centrais de Regulação das Urgências municipais ou regionais já existentes; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 8º, I)

**II** - regionalização do SAMU 192 com proposta de incorporação de novos Municípios às Centrais de Regulação das Urgências já existentes; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 8º, II)

**III** - implantação de novas Centrais Regionais de Regulação das Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 8º, III)

**§ 1º** O componente SAMU 192 contemplará a rede de urgência em caráter regional, corroborando os propósitos da assistência nas redes de atenção e de acordo com o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, garantindo a integralidade do cuidado e a melhoria do acesso. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 8º, § 1º)

**§ 2º** A Rede de Atenção às Urgências estará integrada por sistemas de informação e comunicação que lhe permita a perfeita compreensão das várias situações, o exercício da Telessaúde e, conseqüentemente, a adequada atenção aos pacientes. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 8º, § 2º)

**Art. 47.** Os municípios com população igual ou superior a 500.000 (quinhentos mil) habitantes que já possuem SAMU 192 poderão constituir por si só uma região, para fins de implantação de Central de Regulação das Urgências, desde que todos os Municípios do seu entorno já estejam cobertos por outra Central de Regulação das Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 9º)

**Art. 48.** Projetos regionais com população inferior a 350.000 (trezentos e cinquenta mil) habitantes serão analisadas pela área técnica da CGUE/DAHU/SAS/MS, no sentido de se buscar a adequação da cobertura do componente SAMU 192 às peculiaridades regionais que estarão detalhadas no respectivo projeto. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 10)

### Seção IV

Da Capacitação  
(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO IV)

**Art. 49.** O componente SAMU 192 deverá dispor de programa de capacitação permanente. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 11)

**Parágrafo Único.** A capacitação será promovida preferencialmente de forma direta pela Rede de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 11, Parágrafo Único)

### Seção V

Das Disposições Gerais  
(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO VII)

**Art. 50.** A doação das unidades móveis se dará na fase de implantação do componente SAMU 192, mediante análise pela área técnica da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGUE/DAHU/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 42)

**Parágrafo Único.** As solicitações de ampliação e renovação de frota e reserva técnica serão analisadas pela área técnica da CGUE/DAHU/SAS/MS e poderão ser atendidas quando houver disponibilidade por parte do Ministério da Saúde, desde que estejam em conformidade com a legislação de regência e com os critérios constantes do endereço eletrônico [www.saude.gov.br/samu](http://www.saude.gov.br/samu). (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 42, Parágrafo Único)

**Art. 51.** Compete à CGUE/DAHU/SAS/MS adotar todas as providências necessárias à plena aplicação das recomendações contidas neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 43)

**Art. 52.** As regras e fluxos para os processos de recursos referentes ao processo de negociação, análise, aprovação e implantação deste componente serão aquelas vigentes no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 44)

**Art. 53.** Para os efeitos do disposto neste Capítulo, ao Distrito Federal compete os direitos e obrigações reservados aos Estados e Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 45)

**Art. 54.** Fica determinada a inserção das Centrais de Regulação das Urgências e das Unidades Móveis da Rede de Atenção às Urgências na Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme a Portaria nº 804/SAS/MS, de 2011. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 46)

**§ 1º** As Centrais de Regulação das Urgências e as Unidades Móveis da Rede de Atenção às Urgências serão consideradas estabelecimentos de saúde do SUS na área de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 46, § 1º)

**§ 2º** A SAS/MS editará ato específico contendo orientações para o cumprimento do disposto no "caput" e no § 1º. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 46, § 2º)

**§ 3º** Os estabelecimentos de saúde descritos no § 1º deste artigo deverão adequar o cadastramento no SCNES, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, após a publicação do ato referido no § 2º. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 46, § 3º)

**§ 4º** Caberá à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (CGSI/DRAC/SAS/MS) efetivar os procedimentos necessários junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS), para o cumprimento do disposto neste artigo. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 46, § 4º)

## CAPÍTULO II

### DAS ATRIBUIÇÕES DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIAS E O DIMENSIONAMENTO TÉCNICO PARA A ESTRUTURAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS CENTRAIS SAMU-192

**Art. 55.** Ficam estabelecidos, na forma do Anexo 4 do Anexo III, as atribuições gerais e específicas das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192. (Origem: PRT MS/GM 2657/2004, Art. 1º)

**Art. 56.** A Secretaria de Atenção à Saúde, em seu âmbito de atuação, adotará as providências necessárias à plena aplicação do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 2657/2004, Art. 2º)

## CAPÍTULO III

### DO VEÍCULO MOTOCICLETA - MOTOLÂNCIA COMO INTEGRANTE DA FROTA DE INTERVENÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA EM TODA A REDE SAMU 192 E DEFINE CRITÉRIOS TÉCNICOS PARA SUA UTILIZAÇÃO

**Art. 57.** Ficam instituídas as motocicletas (motolâncias) como mais um recurso móvel disponível e integrado à frota do SAMU 192, para o atendimento rápido, principalmente das pessoas acometidas por agravos agudos (tempo-dependentes) e ficam aprovados os Anexos 5, 6 e 7 do Anexo III, tendo como complemento o Caderno de Orientações Técnicas da Urgência e Emergência. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 1º)

**§ 1º** O quantitativo de motocicletas a ser distribuído acompanhará o número de ambulâncias habilitadas em cada serviço, preferencialmente, à proporção de uma motocicleta para cada Unidade de Suporte Avançado (USA) e uma a cada duas Unidades de Suporte Básico (USB). (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 1º, § 1º)

**§ 2º** Poderão ser adicionadas unidades à frota de cada serviço considerando-se a realidade e a necessidade técnica de acordo com a especificidade de cada SAMU 192. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 1º, § 2º)

**§ 3º** As motocicletas deverão ser utilizadas exclusivamente em intervenções do SAMU 192, sob regulação médica, de acordo com as orientações contidas no Anexo 7 do Anexo III. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 1º, § 3º)

**Art. 58.** As motolâncias serão adquiridas pelo Ministério da Saúde e cedidas mediante termo de doação, aos SAMU 192, conforme diretrizes e parâmetros gerais estabelecidos pelo Capítulo III do Título II do Livro II. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 2º)

**Art. 59.** As motocicletas deverão dispor, minimamente, dos seguintes equipamentos e materiais: (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º)

**I** - cilindro de oxigênio de alumínio compatível com o volume do baú de carga ou da mochila própria para transporte; Colar cervical (P, M, G); (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, I)

**II** - desfibrilador externo automático (DEA); (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, II)

**III** - luvas de procedimento e estéreis; (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, III)

**IV** - ataduras, compressas, gazes; (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, IV)

**V** - talas de imobilização de diversos tamanhos; (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, V)

**VI** - material de venopunção (incluindo seringas e cateteres de diversos tamanhos); (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, VI)

**VII** - material de via aérea básica (cânula de Guedel, máscara de oxigênio com reservatório, cateteres de O<sup>2</sup>, ressuscitador manual adulto/infantil com reservatório); (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, VII)

**VIII** - estetoscópio e esfigmomanômetro; (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, VIII)

**IX** - oxímetro portátil; e (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, IX)

**X** - equipamento de proteção individual completo (tanto os itens previstos para a área da saúde quanto os necessários para a segurança na condução de motocicletas). (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, X)

**§ 1º** Será fornecido pelo Ministério da Saúde o Desfibrilador Externo Automático (DEA); oxímetro portátil e cilindro de oxigênio de alumínio compatível com o volume do baú de carga ou da mochila própria para transporte. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, § 1º)

**§ 2º** Medicamentos e soluções poderão ser utilizados, desde que sempre sob orientação do Médico Regulador da Central de Regulação das Urgências (SAMU 192) e de acordo com protocolos padronizados pelo serviço, a fim de propiciar o rápido início do atendimento no local, até a chegada de outras equipes ou conforme o que for determinado pela regulação médica. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, § 2º)

**Art. 60.** O grafismo da motocicleta do SAMU 192 deverá seguir o padrão definido pelo Ministério da Saúde, conforme modelo constante do Anexo 6 do Anexo III. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 5º)

**Art. 61.** A Secretaria de Atenção à Saúde, por intermédio da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, adotará as medidas necessárias à plena aplicação das recomendações contidas no ato ora publicado. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 9º)

**Art. 62.** Para os efeitos do disposto neste Capítulo, o Distrito Federal será tratado como estado, no que couber, e de acordo com suas peculiaridades de ente federado, nos termos da Constituição. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 10)

**TÍTULO III****DO COMPONENTE SALA DE ESTABILIZAÇÃO (SE) DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS**

**Art. 63.** Este Título estabelece as diretrizes e cria mecanismos para implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências no SUS, em conformidade com o Anexo III. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 1º)

**Art. 64.** A Sala de Estabilização (SE) é a estrutura que funciona como local de assistência temporária e qualificada para estabilização de pacientes críticos/gravos, para posterior encaminhamento a outros pontos da rede de atenção à saúde, observadas as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 2º)

**I** - funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 2º, I)

**II** - equipe interdisciplinar compatível com suas atividades; e (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 2º, II)

**III** - funcionamento conforme protocolos clínicos e procedimentos administrativos estabelecidos e/ou adotados pelo gestor responsável. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 2º, III)

**§ 1º** Paciente crítico/grave é aquele que se encontra em risco iminente de perder a vida ou função de órgão/sistema do corpo humano, bem como aquele em frágil condição clínica decorrente de trauma ou outras condições relacionadas a processos que requeiram cuidado imediato clínico, cirúrgico, gineco-obstétrico ou em saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 2º, § 1º)

**§ 2º** Assistência qualificada é a assistência prestada por profissionais de saúde capacitados ao pleno exercício dos protocolos clínicos firmados para o funcionamento adequado da SE. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 2º, § 2º)

**Art. 65.** A SE deve ser localizada em unidades ou serviços da Rede de Atenção à Saúde, devendo ser observados os seguintes requisitos para a sua implantação: (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º)

**I** - cobertura regional do componente SAMU 192 para a localidade de instalação da SE ou configuração da SE como base descentralizada do componente SAMU 192, de suporte avançado ou básico de vida, garantindo complementaridade da assistência local ou por telemedicina; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, I)

**II** - localização da SE em Município que ocupe posição estratégica em relação à Rede de Atenção às Urgências, objetivando menor tempo-resposta para atendimento e encaminhamento aos demais serviços de saúde referenciados do Plano de Ação Regional; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, II)

**III** - configuração da SE como serviço de apoio ao atendimento, transporte e/ou transferência de pacientes críticos/gravos em locais com grande extensão territorial ou de característica rural ou com isolamento geográfico de comunidades; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, III)

**IV** - instalação da SE em serviços de saúde, públicos ou filantrópicos, preferencialmente em Hospitais de Pequeno Porte, habilitados ou não, com até 30 (trinta) leitos e fora da área de abrangência de UPA 24 horas, podendo também ser instalada em outras unidades tipo Unidade Básica de Saúde (UBS) e Unidade Mista, desde que garantidas as condições para seu funcionamento integral por 24 horas em todos os dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, IV)

**V** - presença de equipe mínima de saúde composta por um médico, um enfermeiro e pessoal técnico com disponibilidade para assistência imediata na SE aos pacientes críticos/gravos admitidos, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana; e (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, V)

**VI** - treinamento e qualificação da equipe atuante na SE para atendimento de urgências. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, VI)

**§ 1º** A SE deve ser implantada com a observância dos parâmetros constantes do Anexo 9 do Anexo III. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, § 1º)

**§ 2º** Situações excepcionais serão discutidas e pactuadas na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e posteriormente enviadas para análise do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, § 2º)

**Art. 66.** A SE deve atender às orientações gerais, diretrizes e parâmetros estabelecidos neste Título e na Política Nacional de Atenção às Urgências, especialmente com relação à: (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 4º)

**I** - observância do Anexo 8 do Anexo III, no tocante à estrutura física, ao mobiliário e aos materiais e equipamentos mínimos definidos para a SE; e (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 4º, I)

**II** - observância do modelo definido pelo Ministério da Saúde no tocante à caracterização visual das unidades, conforme disponível no endereço eletrônico <http://www.saude.gov.br/sas>. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 4º, II)

**Parágrafo Único.** As ações das SE devem ser incluídas nos Planos de Ação Regional das Redes de Atenção às Urgências, conforme determina o Anexo III. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 4º, Parágrafo Único)

**Art. 67.** Constituem-se responsabilidades da SE: (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º)

**I** - articular-se com a Rede de Atenção Básica, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do sistema de saúde da região, construindo fluxos coerentes e efetivos; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, I)

**II** - fornecer retaguarda aos pacientes críticos e graves atendidos em regime de urgência no âmbito da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, II)

**III** - realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, III)

**IV** - encaminhar os pacientes, após estabilização clínica, para internação em serviços hospitalares, por meio do Complexo Regulador, ou para as portas de urgência referenciadas pela Central de Regulação Médica das Urgências; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, IV)

**V** - prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à rede Atenção às Urgências da região a partir da complexidade clínica e traumática do usuário; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, V)

**VI** - referenciar e contrarreferenciar para os demais serviços de atenção integrantes da rede de atenção à saúde, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo; e (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, VI)

**VII** - solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassem a capacidade instalada da SE. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, VII)

**Art. 68.** Constituem-se responsabilidades do gestor responsável pela SE: (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 6º)

**I** - garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da SE; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 6º, I)

**II** - estabelecer e/ou adotar protocolos clínicos e procedimentos administrativos para o adequado funcionamento da SE; e (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 6º, II)

III - implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em concordância e articulação com outras unidades de urgência e de acordo com o Plano de Ação Regional. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 6º, III)

**Art. 69.** Para os fins do disposto neste Título, ao Distrito Federal competem os direitos e obrigações reservados aos Estados e aos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 12)

#### TÍTULO IV

DO COMPONENTE UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H) E O CONJUNTO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA 24 HORAS

**Art. 70.** Ficam definidas as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento, como componente da Rede de Atenção às Urgências (RAU), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 1º)

#### CAPÍTULO I

##### DAS DEFINIÇÕES

(Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO I)

**Art. 71.** Para os fins deste Título, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º)

**I** - UPA 24h: estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da RAU; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, I)

**II** - UPA 24h Nova: UPA 24h construída com recursos de investimento federal; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, II)

**III** - UPA 24h Ampliada: UPA 24h construída, a partir do acréscimo de área com adequação física dos estabelecimentos de saúde denominados Policlínica; Pronto Atendimento; Pronto socorro Especializado; Pronto Socorro Geral; e, Unidades Mistas, já cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, III)

**IV** - gestor: Chefe do Poder Executivo estadual, distrital ou municipal ou Secretário de Saúde estadual, distrital ou municipal; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, IV)

**V** - classificação de Risco: ferramenta de apoio à decisão clínica, no formato de protocolo, com linguagem universal para as urgências clínicas e traumáticas, que deve ser utilizado por profissionais (médicos ou enfermeiros) capacitados, com o objetivo de identificar a gravidade do paciente e permitir o atendimento rápido, em tempo oportuno e seguro de acordo com o potencial de risco e com base em evidências científicas existentes; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, V)

**VI** - acolhimento: diretriz da Política Nacional de Humanização - PNH que determina o cuidado do paciente que envolva a sua escuta qualificada e o respeito às suas especificidades, com resolutividade e responsabilização; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, VI)

**VII** - segurança do Paciente: é a redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, VII)

#### CAPÍTULO II

##### DAS DIRETRIZES DA UPA 24h

(Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO II)

**Art. 72.** São diretrizes da UPA 24h: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 3º)

**I** - funcionamento ininterrupto 24 (vinte e quatro) horas e em todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 3º, I)

**II** - equipe assistencial multiprofissional com quantitativo de profissionais compatível com a necessidade de atendimento com qualidade, considerando a operacionalização do serviço, o tempo - resposta, a garantia do acesso ao paciente e o custo-efetividade, em conformidade com a necessidade da Rede de Atenção à Saúde - RAS e as normativas vigentes, inclusive as resoluções dos conselhos de classe profissional; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 3º, II)

**III** - acolhimento; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 3º, III)

**IV** - classificação de risco (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 3º, IV)

**Art. 73.** As ações da UPA 24h deverão fazer parte do planejamento da Rede de Atenção às Urgências (RAU), a qual se encontra vinculada, bem como incluídas no Plano de Ação Regional da RAU, conforme Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 4º)

**Art. 74.** Considerar-se-á a UPA 24h em efetivo funcionamento quando desempenhar as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º)

**I** - acolher os pacientes e seus familiares em situação de urgência e emergência, sempre que buscarem atendimento na UPA 24h; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, I)

**II** - articular-se com a Atenção Básica, o SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, bem como com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação de Urgências e complexos reguladores instalados nas regiões de saúde; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, II)

**III** - prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o encaminhamento dos pacientes que necessitarem de atendimento; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, III)

**IV** - funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, IV)

**V** - realizar consulta médica em regime de pronto atendimento nos casos de menor gravidade; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, V)

**VI** - realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à UPA 24h; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, VI)

**VII** - prestar apoio diagnóstico e terapêutico conforme a sua complexidade; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, VII)

**VIII** - manter pacientes em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminhar aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, VIII)

**Parágrafo Único.** O apoio diagnóstico da UPA 24h poderá ser realizado em outro estabelecimento de saúde, desde que seja justificado pelo gestor, considerando a operacionalização do serviço, o tempo-resposta, a garantia do acesso ao paciente e o custo-efetividade. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, Parágrafo Único)

**CAPÍTULO III**  
DO MODELO DE ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL DA UPA 24h  
(Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO III)

**Art. 75.** Compete ao gestor responsável pela UPA 24h: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º)

**I** - implantar diretrizes de acolhimento e classificação de risco, em conformidade com este Título; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º, I)

**II** - adotar protocolos clínicos de atendimento e de procedimentos administrativos; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º, II)

**III** - garantir apoio técnico e logístico para o funcionamento adequado da UPA 24h; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º, III)

**IV** - garantir a continuidade do cuidado do paciente por meio da referência e contrarreferência, articulando com os pontos da RAS, considerando a territorialização; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º, IV)

**V** - inscrever a UPA 24h no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES e alimentar periodicamente o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), com os dados referentes à assistência prestada, independente dos valores de referência ou da geração de crédito; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º, V)

**VI** - registrar obrigatoriamente todos os procedimentos realizados na UPA 24h. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º, VI)

**CAPÍTULO IV**  
DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS, EQUIPAMENTOS E RECURSOS HUMANOS DA UPA 24h.  
(Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO IV)

**Art. 76.** A UPA 24h atenderá ao estabelecido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), aos regulamentos técnicos de projetos e às legislações específicas para construções e estruturas físicas de estabelecimentos assistenciais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 7º)

**Art. 77.** Quanto ao mobiliário, aos materiais e aos equipamentos mínimos obrigatórios, deverá ser observado o disposto no arquivo eletrônico disponível no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), no endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 8º)

**Art. 78.** A aquisição dos equipamentos médico-hospitalares e mobiliários deverá ocorrer até o início de funcionamento da UPA 24h. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 9º)

**Parágrafo Único.** Os entes federados beneficiários cadastrarão os equipamentos e mobiliários adquiridos no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 9º, Parágrafo Único)

**Art. 79.** A caracterização visual das UPA 24h deverá atender aos padrões visuais constantes do Título IX da Portaria de Consolidação nº 1, que institui a programação visual padronizada das Unidades de Saúde do SUS, bem como no disposto no Manual de Padronização Visual da UPA 24h. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 10)

**Parágrafo Único.** O gestor deverá adotar a padronização predial, nos termos do Manual de Padronização Visual da UPA 24h, ficando a seu critério a adoção dos demais padrões contidos no referido Manual. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 10, Parágrafo Único)

**Art. 80.** O projeto de arquitetura para construção ou ampliação da UPA 24h deverá seguir o programa arquitetônico mínimo disponibilizado no SISMOB e ser aprovado pelo órgão de vigilância sanitária local. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 11)

**Art. 81.** Caberá ao gestor definir o quantitativo da Equipe Assistencial Multiprofissional da UPA 24h, tomando como base a necessidade da RAS, bem como as normativas vigentes, inclusive as resoluções dos conselhos de classe profissionais, devendo manter o quantitativo de profissionais suficiente, de acordo com a capacidade instalada e o quadro de opções de custeio constante dos arts. 889 e 890 da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 12)

**CAPÍTULO V**  
DA QUALIFICAÇÃO  
(Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO VII)

**Art. 82.** A qualificação da UPA 24h condiciona-se à apresentação dos seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29)

**I** - comprovação da cobertura do SAMU 192, através da portaria de habilitação publicada no Diário Oficial da União (DOU) ou termo de garantia assinado pelo gestor de existência de serviço de atendimento equivalente ao realizado pelo SAMU 192; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, I)

**II** - comprovação da execução de atividades de educação permanente por iniciativa própria ou por meio de cooperação; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, II)

**III** - comprovação de cobertura da Atenção Básica à Saúde de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) da população do município sede da UPA 24h; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, III)

**IV** - relatório padronizado de visita técnica realizada pelo Ministério da Saúde que ateste: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, IV)

**a)** padronização visual da UPA 24h de acordo com o Título IX da Portaria de Consolidação nº 1; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, IV, a)

**b)** efetivo funcionamento da grade de referência e contrarreferência instituída nas Centrais de Regulação; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, IV, b)

**c)** implantação de protocolos de atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, IV, c)

**d)** Relatório de Agravos de Notificação Compulsória, conforme regras definidas pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, IV, d)

**V** - declaração do gestor que ateste a conformidade do serviço prestado pela UPA 24h em relação às normas sanitárias vigentes; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, V)

**VI** - Plano de Ação Regional de Atenção Integral às Urgências ou, na sua ausência, compromisso formal do gestor de que a UPA 24h estará inserida no Plano quando da sua elaboração; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, VI)

**VII** - comprovação da pactuação do ente federado relativa à grade de referência e contrarreferência, com fluxo estabelecido entre a UPA 24h e os componentes da Rede de Atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, VII)

**VIII** - cumprimento da produção assistencial no SIA/SUS atendendo, no mínimo, ao disposto no art. 87. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, VIII)

**Art. 83.** O processo de qualificação de UPA 24h obedecerá o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30)

I - encaminhamento pelo gestor ao Ministério da Saúde dos documentos descritos no art. 82 por meio do SAIPS; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, I)

II - análise pela CGUE/DAHU/SAS da documentação apresentada; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, II)

III - realização obrigatória de visita técnica na UPA 24h pelo Ministério da Saúde, com emissão de parecer técnico conclusivo a ser inserido no SAIPS; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, III)

IV - aprovação da proposta pela CGUE/DAHU/SAS no SAIPS; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, IV)

V - publicação de portaria de qualificação da UPA 24h. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, V)

§ 1º A qualificação da UPA 24h será válida por 3 (anos) anos, a contar da data de publicação da portaria correlata, podendo ser renovada mediante novo processo de qualificação. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, § 1º)

§ 2º Nos casos em que a qualificação não seja renovada, o repasse do incentivo financeiro cessará de forma automática a contar da data constante da portaria de qualificação da UPA 24h. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, § 2º)

§ 3º É facultado ao Ministério da Saúde a realização de visita técnica para verificação dos requisitos de qualificação durante o terceiro ano de validade da portaria com vistas à instrução do processo de renovação de qualificação. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, § 3º)

§ 4º As propostas de qualificação ou de renovação de qualificação terão validade de 90 (noventa) dias, a contar da data do envio para análise no SAIPS. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, § 4º)

**Art. 84.** A qualificação da UPA 24h Ampliada exige, além da documentação listada no art. 82, incisos I, II, III, IV, V, VI, VII e VIII do Anexo III, a apresentação do termo de recebimento da obra de ampliação subscrito pelo gestor. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 31)

**Art. 85.** Para a habilitação de UPA 24h Ampliada a Unidade deverá reunir, ao mesmo tempo, as condições de habilitação e qualificação de tratam o disposto no art. 885 da Portaria de Consolidação nº 6 e no art. 82. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 33)

#### **CAPÍTULO VI** **DO MONITORAMENTO** (Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO VIII-A)

**Art. 86.** A UPA 24h habilitada ou qualificada para custeio deverá ser monitorada, após o primeiro repasse do incentivo de custeio e, deverá ser avaliada de acordo com os critérios descritos neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 37)

**Art. 87.** A produção mínima para a UPA 24h, registrada no SIA/SUS, deverá ocorrer de acordo com o Anexo LXVI da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 38)

§ 1º Caso a UPA 24h não apresente a produção mínima mensal conforme quadro acima, o gestor deverá apresentar ao Ministério da Saúde justificativa para o funcionamento abaixo do mínimo definido. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 38, § 1º)

§ 2º Caso a justificativa da produção da UPA 24h não seja aceita pelo Ministério da Saúde, o gestor deverá revisar o seu plano de funcionamento, nos termos do previsto no art. 893 da Portaria de Consolidação nº 6, podendo ser suspenso ou restabelecido à condição anterior. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 38, § 2º)

**Art. 88.** Quanto às UPA 24h qualificadas, o gestor deverá encaminhar anualmente ao Ministério da Saúde declaração de cumprimento dos requisitos de qualificação da UPA 24 h previstos no art. 82. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 39)

**Art. 89.** O monitoramento do número de atendimentos realizados pela UPA 24h levará em conta os procedimentos definidos no Anexo 12 do Anexo III, a serem registrados no formato Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - BPA - I. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 40)

§ 1º Os dados gerados de acordo com o previsto neste artigo devem estar atualizados pelo gestor e disponíveis ao Ministério da Saúde, a partir do registro no SIA/SUS, para efeito de monitoramento, controle, avaliação e auditoria. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 40, § 1º)

§ 2º A ausência de registro no SIA/SUS por 3 (três) meses consecutivos implicará a suspensão da transferência de recursos para custeio mensal da UPA 24h, de acordo com a Seção II do Capítulo III do Título VII da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 40, § 3º)

§ 3º A ausência de registro no SIA/SUS por 6 (seis) meses consecutivos acarretará na desabilitação da UPA 24h. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 40, § 4º)

**Art. 90.** Caso persista a irregularidade de que trata o art. 896 da Portaria de Consolidação nº 6, a UPA 24h será desabilitada no custeio. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 42)

**Art. 91.** A avaliação realizada anualmente pelo Ministério da Saúde levará em conta o perfil e o papel da UPA 24h na Rede de Atenção às Urgências e Emergências visando alertar o gestor sobre necessidades de adequação da oferta assistencial da unidade bem como orientá-lo para possíveis readequações visando a oferta máxima da sua capacidade operacional e buscando convergência entre oferta e demanda de acordo com o planejado e às necessidades de acesso às urgências na região. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 43)

**Art. 92.** O monitoramento de que trata este Título não exime o ente federado beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 44)

#### **CAPÍTULO VII** **DAS DISPOSIÇÕES FINAIS** (Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO IX)

**Art. 93.** O pedido novo de implantação de UPA 24h, ficarão sujeitas ao planejamento integrado da despesa de capital e custeio e à análise da proposta inserida no SISMOB, que deverá conter seguintes informações e documentos: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45)

I - compromisso formal do gestor de prover a UPA 24h com Equipe Assistencial Multiprofissional, que deverá contar com a presença médica, de enfermagem, de apoio administrativo e demais profissionais nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos, possibilitando o primeiro atendimento e a estabilização de pacientes acometidos por quaisquer tipos de urgências; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, I)

II - declaração da existência na área de cobertura da UPA 24h, de SAMU 192 habilitado ou, na ausência deste, apresentação de termo de compromisso de implantação ou de cobertura de SAMU 192 dentro do prazo de início de funcionamento da UPA 24h; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, II)

III - cobertura da Atenção Básica à Saúde de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) da população do municípios sede da UPA 24h ou apresentação de termo de compromisso de implantação dessa cobertura; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, III)

**IV** - compromisso da implantação da classificação de risco no acolhimento dos pacientes na UPA 24h, de acordo com padrões nacionais e internacionais reconhecidos; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, IV)

**V** - pactuação do ente federado da grades de referência e contrarreferência pactuadas em nível loco-regional com todos os componentes da RAU e, quando houver, com o transporte sanitário; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, V)

**VI** - compromisso formal subscrito pelo gestor de pelo menos um dos hospitais integrantes da grade de referência de que esse estabelecimento garanta a retaguarda hospitalar para a UPA 24h; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, VI)

**VII** - resolução da Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal com a designação do coordenador da Coordenação da Rede de Urgência, conforme a Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, VII)

**VIII** - declaração do gestor acerca da exclusividade de aplicação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para implantação da UPA 24h, com garantia da execução desses recursos para este fim; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, VIII)

**IX** - Plano de Ação Regional de Atenção Integral às Urgências ou, na sua ausência, compromisso formal do gestor que justifique a necessidade de implantação desta unidade na região com o intuito de garantir, ampliar e qualificar o acesso à atenção às urgências e emergências, descrevendo que a nova UPA 24h estará inserida no citado Plano, quando da sua elaboração. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, IX)

**§ 1º** Além do disposto neste artigo, a proposta para implantação da UPA 24h deverá ser previamente submetida à análise e aprovação do Conselho de Saúde e CIB, respectivos, para posterior avaliação e aprovação do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, § 1º)

**§ 2º** O projeto de arquitetura para construção ou ampliação de UPA 24h deverá seguir o programa arquitetônico mínimo disponibilizado no SISMOB e ser aprovado pelo órgão de vigilância sanitária local. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, § 2º)

#### TÍTULO V

#### DA LINHA DE CUIDADO AO TRAUMA NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**Art. 94.** Fica aprovada a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 1º)

**Art. 95.** São objetivos da Linha de Cuidado ao Trauma: (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º)

**I** - Reduzir a morbimortalidade pelo trauma no Brasil, por meio de ações de vigilância, prevenção e promoção da saúde e implantação da Linha de Cuidado ao Trauma na RUE; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, I)

**II** - Desenvolver ações voltadas à vigilância e prevenção do trauma por meio de incentivo para implantação de núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (PVPS) e projetos de prevenção relacionados ao trauma; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, II)

**III** - Estabelecer a Rede de Atendimento Hospitalar ao Trauma, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e a atenção integral ao paciente traumatizado; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, III)

~~**IV** - Estabelecer e implementar a Linha de Cuidado ao Trauma e habilitar Centros de Trauma, para realização de atendimento hierarquizado e referenciado; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, IV) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)~~

**V** - Ampliar o acesso regulado dos pacientes vítimas de trauma aos cuidados qualificados em todos os pontos de atenção da RUE; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, V)

**VI** - Incentivar processos formativos para os profissionais de saúde envolvidos na atenção ao trauma em todos os níveis e pontos de atenção, inclusive para aqueles que atuem diretamente nas centrais de regulação; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, VI)

**VII** - Estruturar e descrever a Linha de Cuidado ao Trauma desde a cena à atenção hospitalar e reabilitação, bem como na prevenção ao trauma; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, VII)

**VIII** - Disseminar o conhecimento de que o trauma é um agravado que se tornou um problema de saúde pública, sendo hoje uma das principais causas de adoecimento e mortalidade da população brasileira e que pode ser prevenido e evitado; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, VIII)

**IX** - Fortalecer a implantação e implementação da Linha de Cuidado ao Trauma na RUE como prioritária na estruturação da atenção em Urgência no SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, IX)

**X** - Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde que atuam na RUE para a notificação compulsória dos casos de violência doméstica, sexual e outras violências. (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, X)

**Art. 96.** O conteúdo da Linha de Cuidado ao Trauma, a ser observado por todos os serviços habilitados da RUE, estará disponível no endereço eletrônico [www.saude.gov.br/sas](http://www.saude.gov.br/sas). (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 3º)

#### TÍTULO VI

#### DOS CENTROS DE TRAUMA

~~[\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)~~

#### CAPÍTULO I

#### DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

~~(Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO I)~~

~~[\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)~~

~~**Art. 97.** Este Título estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 1º) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)~~

~~**Art. 98.** Os Centros de Trauma são estabelecimentos hospitalares integrantes da RUE que desempenham o papel de referência especializada para atendimento aos pacientes vítimas de trauma. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 2º) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)~~

~~**Art. 99.** Os Centros de Trauma têm os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 3º) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)~~

~~**I** - melhoria do atendimento aos pacientes vítimas de trauma com consequente redução da morbidade e mortalidade; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 3º, I) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)~~

~~**II** - universalização e padronização de um modelo de atendimento ao paciente vítima de trauma em todas as suas etapas. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 3º, II) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)~~

**Art. 100.** São diretrizes dos Centros de Trauma: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 4º)

~~**Art. 100.** São diretrizes dos Centros de Trauma: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 4º) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)~~



I— organização da rede de atenção ao paciente vítima de trauma, com abrangência definida e definição de nível de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 4º, I); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

II— disponibilizar o mais rápido possível ao paciente vítima de trauma acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos necessários ao seu atendimento; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 4º, II); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

III— racionalização de custo pela concentração do atendimento ao paciente vítima de trauma nos Centros de Trauma; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 4º, III); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

IV— qualidade do atendimento ao paciente vítima de trauma; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 4º, IV); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

V— universalizar o atendimento de qualidade ao paciente vítima de trauma. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 4º, V); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

**Art. 101.** Os Centros de Trauma têm as seguintes finalidades: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 5º); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

I— diminuição da mortalidade dos pacientes vítimas de trauma; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 5º, I); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

II— redução das sequelas dos pacientes vítimas de trauma; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 5º, II); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

III— padronização do atendimento ao paciente vítima de trauma. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 5º, III); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

## **CAPÍTULO II**

### **DA ORGANIZAÇÃO DOS CENTROS DE TRAUMA** (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO II); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

**Art. 102.** Os Centros de Trauma são organizados conforme tipologias, sob as seguintes formas: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 7º); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

I— Centro de Trauma Tipo I; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 7º, I); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

II— Centro de Trauma Tipo II; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 7º, II); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

III— Centro de Trauma Tipo III. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 7º, III); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

**Parágrafo Único.** A definição de cada um dos Tipos dos Centros de Trauma tem como parâmetro o dimensionamento da RUE e a localização dos pontos de atenção ao trauma, considerando-se ainda o número de habitantes com cobertura assistencial e o tempo de deslocamento até o respectivo Centro de Trauma. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 7º, Parágrafo Único); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

### **Seção I**

#### **Do Centro de Trauma Tipo I** (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO II, Seção I); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

**Art. 103.** O Centro de Trauma Tipo I é um estabelecimento hospitalar que desempenha o papel de referência para atendimento ao pae

**Art. 104.** Para se habilitar como Centro de Trauma Tipo I, o estabelecimento hospitalar deve cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

I— ser referência para, no mínimo, uma região de saúde, conforme o desenho da regionalização definido nos Planos Estaduais de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, I); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

II— ter estrutura para realizar ações de média complexidade com cobertura populacional até 200.000 (duzentos mil) habitantes; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, II); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

III— participar da RUE e ser Porta de Entrada Hospitalar de Urgência instalada estrategicamente na citada Rede; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, III); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

IV— ser referência regional, com realização de, no mínimo, 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios, conforme registro no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS); (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, IV); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

V— possuir, no mínimo, 100 (cem) leitos cadastrados no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SGNES); (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, V); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

VI— possuir equipe específica na Porta de Entrada Hospitalar de Urgência para atendimento às vítimas de trauma de média complexidade, em regime de plantão 24 (vinte e quatro) horas, composta pelas seguintes profissionais: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

a) clínico geral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, a); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

b) pediatra, se o estabelecimento hospitalar for referência em atendimento na área de pediatria; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, b); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

c) ortopedista; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, c); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

d) cirurgião geral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, d); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

e) anestesiológico com atividade no centro cirúrgico; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, e); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

f) enfermeiros; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, f); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

g) técnicos de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, g); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

h) equipes para manejo de pacientes críticos. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, h); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

**VII** — possuir equipe suficiente para realização de cirurgias dos casos de trauma que são de competência desse hospital e que não comprometa o atendimento da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VII) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**VIII** — possuir Centro Cirúrgico e leitos de enfermaria suficientes para o atendimento ao trauma; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VIII) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**IX** — ter leitos de retaguarda para garantir a atenção integral do Componente Hospitalar da RUE, constituídos nos termos de ato específico do Ministro de Estado da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, IX) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**X** — ter referência de Centro de Trauma Tipo II e/ou III ou de outro estabelecimento hospitalar para casos de maior complexidade, regulado pela Central de Regulação, após realização de procedimentos mínimos de estabilização de paciente; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, X) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**XI** — possuir retaguarda de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), regulados na RUE, para cuidado aos pacientes de trauma, sejam adultos e/ou pediátricos, que necessitarem dos cuidados de terapia intensiva; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XI) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**XII** — realizar atendimento de urgência 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XII) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**XIII** — possuir serviço de diagnose por imagem (radiologia e ultrassonografia); (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XIII) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**XIV** — ter protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XIV) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**XV** — possuir serviço de laboratório clínico ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XV) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**XVI** — ter serviço de hemoterapia ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XVI) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**XVII** — ter serviço de reabilitação ou disponível; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XVII) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**XVIII** — garantir acompanhamento ambulatorial dos pacientes atendidos. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XVIII) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**§ 1º** Para fins do disposto no inciso II do "caput", os requisitos mínimos que compõem a estrutura necessária para realizar ações de média complexidade são: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 1º) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**I** — serviço de diagnose por imagem (radiologia e ultrassonografia); (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 1º, I) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**II** — sala cirúrgica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 1º, II) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**III** — serviço de laboratório clínico ou disponível em tempo integral; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 1º, III) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**IV** — serviço de Hemoterapia ou disponível em tempo integral. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 1º, IV) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**§ 2º** Para fins do disposto no inciso III do "caput", considera-se Porta de Entrada Hospitalar de Urgência instalada estrategicamente na RUE aquela que for qualificada conforme as regras previstas no Título I do Livro II, que organiza o Componente Hospitalar da RUE no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 2º) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**§ 3º** Para fins do disposto no inciso VII do "caput", considera-se equipe suficiente para realização de cirurgias dos casos de trauma aquela composta por, pelo menos, 1 (um) cirurgião ou ortopedista. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 3º) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**§ 4º** Para fins do disposto no inciso VIII do "caput", as cirurgias dos casos de trauma que são de competência do estabelecimento hospitalar são aquelas que podem ser realizadas pelo cirurgião geral e/ou ortopedista e sejam de média complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 4º) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**§ 5º** Os médicos das equipes de plantão e os das equipes de apoio deverão possuir título de especialista na área de atuação, reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Regional de Medicina (CRM), ou residência médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC). (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 5º) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**§ 6º** Os prestadores de serviços que se encontrarem disponíveis para o Centro de Trauma Tipo I deverão estar cadastrados no SCNES como terceiros vinculados ao estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 6º) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**Art. 105.** Os estabelecimentos hospitalares que não se enquadrarem estritamente nos requisitos de que trata o art. 104, mas que, excepcionalmente, forem considerados estratégicos para a referência regional no Plano de Ação Regional da RUE, poderão ser considerados Centro de Trauma Tipo I mediante pactuação na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, se for o caso, no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com posterior avaliação e validação pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 10) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**Art. 106.** Os municípios ou regiões de saúde com populações de sua área de abrangência menor que 200.000 (duzentos mil) habitantes e localizados a mais de 60 (sessenta) minutos de deslocamento de um Centro de Trauma Tipo I por meio de transporte sanitário mais rápido disponível deverão contar com estrutura ambulatorial ou hospitalar (Unidades de Pronto Atendimento 24 h (UPA 24h)) ou Salas de Estabilização (SE) para a garantia do primeiro atendimento e estabilização dos casos de trauma com plantão médico 24 (vinte e quatro) horas. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 11) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

## Seção II

### Do Centro de Trauma Tipo II

(Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO II, Seção II) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**Art. 107.** O Centro de Trauma Tipo II é um estabelecimento hospitalar que desempenha o papel de referência para atendimento ao paciente traumatizado e identifica-se como Hospital Especializado Tipo I, segundo a tipologia das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência de que trata o Título I do Livro II. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 12) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**Art. 108.** Para se habilitar como Centro de Trauma Tipo II, o estabelecimento hospitalar deve cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**I** — ser referência para, no mínimo, uma região de saúde, conforme o desenho da regionalização definido nos Planos Estaduais de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, I) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

[22.03.2018](#));

II – ter estrutura para realizar ações de média e alta complexidade com cobertura populacional de 200.004 (duzentos mil e um) a 500.000 (quinhentos mil) habitantes; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, II) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

III – possuir pelo menos 1 (uma) habilitação em alta complexidade conferida pelo Ministério da Saúde, qual seja de traumatologia ortopedia ou neurocirurgia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, III) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

IV – participar da RUE e ser Porta de Entrada Hospitalar de Urgência instalada estrategicamente na citada Rede; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, IV) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

V – ser referência regional, com realização de, no mínimo, 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios, conforme registro no SIM/SUS; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, V) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

VI – possuir, no mínimo, 100 (cem) leitos cadastrados no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VI) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

VII – possuir equipe específica na Porta de Entrada Hospitalar de Urgência para atendimento às vítimas de trauma, em regime de plantão 24 (vinte e quatro) horas, composta pelos seguintes profissionais: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VII) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

a) clínico geral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VII, a) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

b) pediatra, se o estabelecimento hospitalar for referência em atendimento na área de pediatria; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VII, b) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

c) cirurgião; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VII, c) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

d) ortopedista; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VII, d) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

e) anestesiológico com atividade no centro cirúrgico; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VII, e) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

f) enfermeiros; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VII, f) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

g) técnicos de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VII, g) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

h) equipes para manejo de pacientes críticos. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VII, h) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

VIII – possuir equipe suficiente para realização de cirurgia dos casos de trauma que são de competência desse hospital e que não comprometa o atendimento da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VIII) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

IX – possuir Centro Cirúrgico e leitos de enfermaria suficientes para o atendimento ao trauma; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, IX) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

X – ter leitos de retaguarda para garantir a atenção integral do Componente Hospitalar da RUE, constituídos nos termos de ato específico do Ministro de Estado da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, X) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

XI – garantir retaguarda de terapia intensiva para os casos de trauma ou pós-operatório de trauma ou queimadura, quando necessitarem desse cuidado; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XI) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

XII – ter disponível ou garantir a assistência ao trauma, 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, para as seguintes equipes médicas e de odontologia, de acordo com a necessidade do trauma: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

a) neurocirurgia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, a) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

b) ortopedia e traumatologia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, b) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

c) cirurgia vascular; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, c) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

d) cirurgia plástica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, d) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

e) cirurgia pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, e) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

f) cirurgia crânio maxilo facial e/ou cirurgia e traumatologia buco maxilo facial; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, f) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

g) urologia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, g) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

h) cirurgia torácica e ginecologia/obstetrícia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, h) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

i) clínico geral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, i) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

j) pediatria, quando referência em atendimento à pediatria; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, j) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

k) oftalmologia. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, k) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

XIII – possuir leitos de UTI para cuidado aos pacientes de trauma, sejam adultos e/ou pediátricos, que necessitarem de terapia intensiva; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XIII) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

XIV – realizar atendimento de urgência 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XIV) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**XV** — possuir serviço de diagnóstico por imagem com radiologia e ultrassonografia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XV) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#).

**XVI** — possuir serviço de tomografia computadorizada ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVI) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#).

**XVII** — garantir acesso à ressonância magnética em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVII) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#).

**XVIII** — possuir suporte de equipe multiprofissional composta por: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVIII) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**a)** fisioterapeuta; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVIII, a) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#).

**b)** assistente social; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVIII, b) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#).

**c)** nutricionista; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVIII, c) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#).

**d)** farmacêutico; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVIII, d) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#).

**e)** psicólogo. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVIII, e) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#).

**XIX** — ter protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XIX) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#).

**XX** — possuir serviço de laboratório clínico ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XX) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#).

**XXI** — ter serviço de hemoterapia ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XXI) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#).

**XXII** — possuir serviço de reabilitação ou disponível; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XXII) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#).

**XXIII** — possuir referência de Centro de Trauma Tipo III ou Hospitais Especializados para os casos de maior complexidade, regulado pela Central de Regulação, após realização de procedimentos mínimos de estabilização do paciente; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XXIII) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#).

**XXIV** — garantir acompanhamento ambulatorial dos pacientes atendidos. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XXIV) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#).

**§ 1º** Para fins do disposto no inciso II do "caput", os requisitos mínimos que compõem a estrutura necessária para realizar ações de média e alta complexidade são: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 1º) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**I** — leitos de UTI; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 1º, I) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#).

**II** — serviço de diagnóstico por imagem (radiologia, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética); (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 1º, II) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#).

**III** — sala cirúrgica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 1º, III) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#).

**IV** — serviço de laboratório clínico; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 1º, IV) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#).

**V** — serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 1º, V) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#).

**§ 2º** Para fins do disposto no inciso IV do "caput", considera-se Porta de Entrada Hospitalar de Urgência instalada estrategicamente na RUE aquelas que forem qualificadas conforme regras previstas no Título I do Livro II, que organiza o Componente Hospitalar da RUE no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 2º) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#).

**§ 3º** Para fins do disposto no inciso VIII do "caput", considera-se equipe suficiente para realização de cirurgias dos casos de trauma aquela composta por, pelo menos, 1 (um) cirurgião ou ortopedista ou neurocirurgião ou cirurgião vascular ou cirurgião plástico ou cirurgião pediatra ou cirurgião crânio maxilo facial ou cirurgião e traumatologista buco maxilo facial ou urologista ou cirurgião torácico ou ginecologista ou obstetra ou oftalmologista. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 3º) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#).

**§ 4º** Para fins do disposto no inciso VIII do "caput", as cirurgias dos casos de trauma que são de competência do estabelecimento hospitalar são aquelas que podem ser realizadas pelos especialistas e sejam de média complexidade ou pelo ortopedista e/ou neurocirurgião e sejam de média ou alta complexidade, mediante a habilitação do referido estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 4º) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#).

**§ 5º** Os médicos das equipes de plantão e os médicos e cirurgiões dentistas das equipes de apoio deverão possuir título de especialista na respectiva área de atuação, reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Regional de Medicina (CRM), Conselho Federal de Odontologia (CFO) ou Conselho Regional de Odontologia (CRO), ou residência médica ou odontológica, de acordo com a respectiva área de atuação, reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC). (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 5º) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#).

**§ 6º** Os prestadores de serviços que se encontrarem disponíveis para o Centro de Trauma Tipo II deverão estar cadastrados no SCNES como terceiros vinculados ao estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 6º) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#).

**Art. 109.** Os estabelecimentos hospitalares que não se enquadrarem estritamente nos requisitos de que trata o art. 108, mas que, excepcionalmente, forem considerados estratégicos para a referência regional no Plano de Ação Regional da RUE, poderão ser considerados Centro de Trauma Tipo II mediante pactuação na CIR e na CIB ou, se for o caso, no CGSES/DF, com posterior avaliação e validação pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 14) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#).

**Art. 110.** Os Centros de Trauma Tipo II deverão estar localizados numa distância correspondente a um tempo de deslocamento de, no máximo, 60 (sessenta) minutos dos Centros de Trauma Tipo I, medido pelo meio de transporte sanitário mais rápido disponível permanentemente para a maioria dos casos de remoção. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 15) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#).

**Seção III**  
Do Centro de Trauma Tipo III  
(Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO II, Seção III)  
[\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**Art. 111.** O Centro de Trauma Tipo III é um estabelecimento hospitalar que desempenha o papel de referência para atendimento ao paciente traumatizado e identifica-se como Hospital Especializado Tipo II, segundo a tipologia das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência de que trata o Título I do Livro II. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 16) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**Art. 112.** Para se qualificar como Centro de Trauma Tipo III, o estabelecimento deve cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

I — ser referência, com estrutura para realizar ações de média e alta complexidade para uma cobertura populacional de 500.001 (quinhentos mil e um) a 1.500.000 (um milhão e quinhentos mil) habitantes; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, I) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

II — ter pelo menos 2 (duas) habilitações em alta complexidade, conferidas pelo Ministério da Saúde, sendo obrigatório que uma delas seja de traumatologia ortopédia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, II) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

III — participar da RUE e ser Porta de Entrada Hospitalar de Urgência instalada estrategicamente na cidade Rede; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, III) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

IV — ser referência regional, com realização de, no mínimo, 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios, conforme registro no SIH/SUS; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, IV) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

V — possuir, no mínimo, 100 (cem) leitos cadastrados no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, V) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

VI — ter equipe específica na Porta de Entrada Hospitalar de Urgência para atendimento às vítimas de trauma, em regime de plantão 24 (vinte e quatro) horas, composta pelos seguintes profissionais: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI)

a) clínico geral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, a) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

b) pediatria, se o estabelecimento hospitalar for referência em atendimento à pediatria; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, b) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

c) cirurgião; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, c) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

d) ortopedista; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, d) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

e) anestesiológico localizado no centro cirúrgico; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, e) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

f) enfermeiros; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, f) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

g) técnicos de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, g) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

h) equipes para manejo de pacientes críticos e dimensionados para o número de leitos. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, h) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

VII — possuir equipe suficiente para realização de cirurgia dos casos de trauma e que não comprometa o atendimento da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VII) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

VIII — possuir Centro Cirúrgico e leitos de enfermaria suficientes para o atendimento ao trauma; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VIII) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

IX — ter leitos de retaguarda para garantir a atenção integral do Componente Hospitalar da RUE, constituídos nos termos de ato específico do Ministro de Estado da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, IX) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

X — garantir retaguarda de terapia intensiva para os casos de trauma ou pós-operatório de trauma ou queimados, quando necessitarem desse cuidado; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, X) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

XI — ter disponíveis ou garantir a assistência ao trauma 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, para as seguintes equipes médicas e de odontologia: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI)

a) cirurgia vascular; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, a) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

b) cirurgia plástica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, b) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

c) cirurgia pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, c) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

d) cirurgia de mão; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, d) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

e) otorrinolaringologia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, e) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

f) oftalmologia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, f) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

g) cirurgia crânio maxilo facial e/ou cirurgia e traumatologia buco maxilo facial; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, g) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

h) urologia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, h) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

i) cirurgia torácica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, i) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

j) endoscopia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, j) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

k) ginecologia/obstetrícia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, k) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

l) clínica geral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, l) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

m) pediatria, quando referência em atendimento à pediatria; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, m) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

n) nefrologia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, n) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**o)** neurocirurgia; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, o) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**p)** ortopedia e traumatologia. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, p) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**XII** — realizar atendimento de urgência 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XII) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**XIII** — possuir serviços de diagnose com radiologia, ultrassonografia e tomografia computadorizada; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XIII) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**XIV** — possuir ou ter disponível radiologia vascular intervencionista e ressonância magnética; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XIV) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**XV** — ter protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XV) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**XVI** — possuir serviço de laboratório clínico ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XVI) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**XVII** — ter serviço de hemoterapia ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XVII) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**XVIII** — possuir serviço de reabilitação ou disponível; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XVIII) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**XIX** — garantir acompanhamento ambulatorial dos pacientes atendidos; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XIX) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**XX** — ser referência em atenção ao trauma para o gestor de saúde e garantir o desenvolvimento de processos formativos para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XX) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**§ 1º** Para fins do disposto no inciso I de "caput", os requisitos mínimos que compõem a estrutura necessária para realizar ações de média e alta complexidade são: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 1º) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**I** — leitos de UTI; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 1º, I) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**II** — serviço de diagnose por imagem (radiologia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e radiologia intervencionista); (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 1º, II) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**III** — sala cirúrgica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 1º, III) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**IV** — laboratório clínico; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 1º, IV) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**V** — hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 1º, V) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**§ 2º** Para fins do disposto no inciso III de "caput", considera-se Porta de Entrada Hospitalar de Urgência instalada estrategicamente na RUE aquelas que forem qualificadas conforme regras previstas no Título I do Livro II, que organiza o Componente Hospitalar da RUE no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 2º) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**§ 3º** Para fins do disposto no inciso VII de "caput", considera-se equipe suficiente para realização de cirurgias dos casos de trauma aquela composta por, pelo menos, 1 (um) cirurgião ou ortopedista ou neurocirurgião ou cirurgião vascular ou cirurgião plástico ou cirurgião pediatra ou cirurgião de mão ou cirurgião crânio-maxilo-facial ou cirurgião e traumatologista buco-maxilo-facial ou urologista ou cirurgião torácico ou ginecologista ou obstetra ou oftalmologista ou otorrinolaringologista ou endoscopista. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 3º) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**§ 4º** Para fins do disposto no inciso VII de "caput", as cirurgias dos casos de trauma que são de competência do estabelecimento hospitalar são aquelas que podem ser realizadas pelos especialistas e sejam de média complexidade ou pelo ortopedista e/ou neurocirurgião e sejam de média ou alta complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 4º) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**§ 5º** Os médicos das equipes de plantão e os médicos e cirurgiões-dentistas das equipes de apoio deverão possuir título de especialista na respectiva área de atuação, reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Regional de Medicina (CRM), Conselho Federal de Odontologia (CFO) ou Conselho Regional de Odontologia (CRO), ou residência médica ou odontológica, de acordo com a respectiva área de atuação, reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC). (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 5º) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**§ 6º** Os prestadores de serviços que se encontrarem disponíveis para o Centro de Trauma Tipo III deverão estar cadastrados no SCNES como terceiros vinculados ao estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 6º)

**Art. 113.** Os estabelecimentos hospitalares que não se enquadrarem estritamente nos requisitos de que trata o art. 112, mas que, excepcionalmente, forem considerados estratégicos para a referência regional no Plano de Ação Regional da RUE, poderão ser considerados Centro de Trauma Tipo III mediante pactuação na CIR e na CIB ou, se for o caso, no CGSES/DF, com posterior avaliação e validação pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 18) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**Art. 114.** Os Centros de Trauma Tipo III deverão estar localizados numa distância correspondente a um tempo de deslocamento de, no máximo, 60 (sessenta) minutos dos Centros de Trauma Tipo II, medido pelo meio de transporte sanitário mais rápido disponível permanentemente para a maioria dos casos de remoção. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 19) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

### CAPÍTULO III

DO REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO  
(Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO III)  
[\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**Art. 115.** Para habilitação de um estabelecimento hospitalar como Centro de Trauma Tipo I, II ou III, o ente federativo interessado, por meio de sua respectiva Secretaria de Saúde, deverá encaminhar requerimento, por meio físico, ao Ministério da Saúde, incluindo-se os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**I** — cópia do Plano de Ação Regional (PAR) aprovado pela CIB ou documento que comprove a discussão e a implementação do PAR e aprovação da CIB; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, I) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**II** — expediente que comprove a aprovação da CIR e CIB para a referida implantação da Linha de Cuidado ao Trauma e habilitação do respectivo Centro de Trauma Tipo I, II ou III; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, II) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**III** — Termo de Compromisso assinado pelo gestor estadual e/ou municipal ou distrital de saúde, por meio do qual se obriga a estabelecer e cumprir a Linha de Cuidado ao Trauma da RUE, aprovada pelo Ministério da Saúde, com realização de ações que permitam sua plena integração com os outros pontos de atenção, nos termos do documento-base da referida linha de cuidado, de modo a garantir o cuidado integral e de qualidade aos pacientes com trauma; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, III) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**IV** — Formulário para Vistoria do Gestor — Normas de Classificação e Habilitação de Centro de Trauma, assinado pelo gestor estadual e/ou municipal ou distrital de saúde, conforme modelos constantes dos Anexos 13, 14 e 15 do Anexo III, com comprovação documental de atendimento dos requisitos para classificação do estabelecimento hospitalar como Centro de Trauma Tipo I, II ou III. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, IV) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**§ 1º** Na hipótese de pedido de habilitação de um estabelecimento hospitalar como Centro de Trauma Tipo II ou Tipo III, além dos documentos previstos no "caput" o requerente deverá informar o número de leitos de UTI ou de leitos de retaguarda ao paciente com trauma. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 1º) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**§ 2º** Na hipótese de algumas atividades exigidas para habilitação serem realizadas por outros estabelecimentos hospitalares, além dos documentos previstos no "caput" o requerente deverá encaminhar termo de compromisso conforme modelo constante do Anexo 16 do Anexo III. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 2º) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**§ 3º** Os entes federativos e regiões de saúde que ainda não dispuserem de PAR, conforme descrito no inciso I do "caput", mas que forem considerados estratégicos para implantação da Linha de Cuidado ao Trauma conforme pactuação da CIB e CIR, poderão pleitear a habilitação para Centro de Trauma Tipo I, II ou III com dispensa da apresentação do documento de que trata o inciso I do "caput". (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 3º) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**§ 4º** Para fins do disposto no § 3º e para suprir a dispensa do documento de que trata o inciso I do "caput", o ente federativo interessado, por meio de sua respectiva Secretaria de Saúde, deverá encaminhar à CGMAC/DARAS/SAS/MS as seguintes documentações específicas: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 4º) [I](#) — comprovação da cobertura do componente SAMU 192 da RUE. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 4º, I) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**II** — comprovação da existência de pontos de atenção de UPA 24hs e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da RUE; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 4º, II) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**III** — expediente ou Termo de Compromisso do gestor local de saúde que comprove articulação assistencial entre SAMU 192, UPA 24 horas ou de conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da RUE, unidades hospitalares de retaguarda e outros serviços de atenção à saúde para promoção da reabilitação, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência e ordenando esses fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica instaladas na região. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 4º, III) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**Art. 116.** O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS), avaliará a documentação encaminhada pela Secretaria de Saúde interessada, sendo que poderá realizar vistoria "in loco" a qualquer tempo para avaliação do cumprimento ou não dos requisitos exigidos para habilitação. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 21) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**Parágrafo Único.** O Ministério da Saúde poderá efetuar diligências e solicitar do requerente documentos e outras providências para subsidiar a análise do pedido de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 21, Parágrafo Único) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**Art. 117.** Em caso de manifestação favorável da CGMAC/DARAS/SAS/MS a respeito do pedido de habilitação, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) adotará as providências para a publicação de portaria de habilitação do estabelecimento hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 22) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**Art. 118.** Em caso de manifestação desfavorável da CGMAC/DARAS/SAS/MS, a SAS/MS comunicará, por expediente físico, o resultado da análise à Secretaria de Saúde interessada. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 23) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

#### **CAPÍTULO IV** **DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO** (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO V) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**Art. 119.** O Ministério da Saúde monitorará e avaliará periodicamente o atendimento contínuo dos requisitos de habilitação pelos estabelecimentos hospitalares e a efetiva realização dos serviços prestados para manutenção do repasse dos recursos financeiros ao ente federativo beneficiário, além dos seguintes itens de desempenho dos Centros de Trauma. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 28) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**Art. 120.** O monitoramento e a avaliação a que se refere o art. 119 será realizado com periodicidade máxima de 1 (um) ano, a partir do início do repasse de recursos financeiros previsto neste Título. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 29) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**Parágrafo Único.** Sem prejuízo do disposto no "caput" deste artigo os Centros de Trauma poderão ser monitorados, em caráter complementar, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 29, Parágrafo Único) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**I** — visitas "in loco" pelas Secretarias de Saúde estaduais, Distrital e municipais, bem como pelo Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 29, Parágrafo Único, I) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**II** — atuação, quando couber, do Sistema Nacional de Auditoria (SNA). (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 29, Parágrafo Único, II) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**Art. 121.** O repasse do incentivo financeiro será imediatamente interrompido quando constatada, durante o monitoramento, a inobservância dos requisitos de habilitação e das demais condições previstas no art. 119. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 30) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

**Parágrafo Único.** Uma vez interrompido o repasse do incentivo financeiro, novo pedido somente será deferido após novo procedimento de habilitação de Centro de Trauma, em que fique demonstrado o cumprimento de todos os requisitos previstos neste Título, caso em que o custeio voltará a ser pago, com efeitos retroativos, a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 30, Parágrafo Único) [\(Revogado pela PRT GM/MS n° 701 de 22.03.2018\)](#)

#### **TÍTULO VII** **DOS CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA (CIATox)**

**Art. 122.** Ficam instituídos os Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) como estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma, da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no

âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 1º)

**Parágrafo Único.** Nas localidades onde não houver plano da RUE aprovado caberá ao gestor manifestar o interesse pela adesão do CIATox à rede assistencial de urgência e emergência existente. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 1º, Parágrafo Único)

**Art. 123.** A integração dos centros à linha de cuidado ao trauma da RUE se dará pela manifestação formal do gestor local junto à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 2º)

**Art. 124.** Os Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox), constantes do Anexo 17 do Anexo III farão jus ao recebimento do incentivo financeiro, como forma de apoio à manutenção dos respectivos CIATox, nos termos da Seção XIII do Capítulo II do Título VIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 3º)

**Art. 125.** Para fins dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox), define-se: (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 4º)

**I** - Assistência Toxicológica: um conjunto de ações e práticas a nível individual e coletivo, relacionadas às exposições às substâncias químicas, toxinas de animais peçonhentos e plantas tóxicas, envolvendo a promoção e a vigilância da saúde e a prevenção, diagnóstico e tratamento das intoxicações agudas e crônicas. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 4º, I)

**II** - Intoxicação: é um conjunto de sinais e sintomas provocados pela exposição às substâncias químicas e envenenamento por toxinas de animais peçonhentos e plantas tóxicas; e (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 4º, II)

**III** - Centro de Informação e Assistência Toxicológica: unidades de saúde, de referência em Toxicologia Clínica no SUS, com atendimento em regime de plantão permanente por teleconsultoria e ou presencial, com o objetivo de prover informação toxicológica aos profissionais de saúde e às instituições e prestar assistência às pessoas expostas e/ou intoxicadas, visando à redução da morbimortalidade. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 4º, III)

**Art. 126.** São consideradas atividades essenciais dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica: (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º)

**I** - Produção e disseminação de informações, com destaque para diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção das intoxicações agudas e crônicas e os riscos que elas ocasionam à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º, I)

**II** - Produção e disseminação de informações para orientação à rede assistencial sobre reações adversas a medicamentos, interações medicamentosas, sobre o uso racional de medicamentos na gestação, lactação, por idosos; (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º, II)

**III** - Suporte clínico a profissionais de saúde na avaliação de gravidade das intoxicações agudas e crônicas para o correto encaminhamento para unidades referenciadas; (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º, III)

**IV** - Notificação de eventos de interesse para a Saúde Pública, com destaque para intoxicações agudas e crônicas; (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º, IV)

**V** - Prevenção de doenças e agravos; e (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º, V)

**VI** - Promoção da saúde. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º, VI)

**Art. 127.** São consideradas atividades opcionais dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica: (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 6º)

**I** - Busca ativa de casos de interesse para Saúde Pública com destaque para intoxicações agudas e crônicas; (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 6º, I)

**II** - Investigação de eventos de interesse para a Saúde Pública, com destaque para intoxicações agudas e crônicas; (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 6º, II)

**III** - Suporte e análise laboratorial para os casos de intoxicação agudas e crônicas; e (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 6º, III)

**IV** - Assistência à saúde da população em geral em casos de intoxicação aguda ou crônica. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 6º, IV)

**Art. 128.** A Secretaria de Atenção Saúde, do Ministério da Saúde, coordenará o processo de instituição dos CIATox na RUE. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 8º)

### TÍTULO VIII

DA LINHA DE CUIDADOS EM AVC E DOS CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES COMO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA AOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC), NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

**Art. 128.** Este Título dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 1º)

**Art. 129.** Os Centros de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC integram a Linha de Cuidados em AVC e são componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 3º)

**Art. 130.** Para fins de tratamento aos pacientes com AVC, os Centros de Atendimento de Urgência serão classificados como Tipo I, Tipo II ou Tipo III. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 4º)

### CAPÍTULO I

DA HABILITAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES COMO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA AOS PACIENTES COM AVC NO ÂMBITO DO SUS  
(Origem: PRT MS/GM 665/2012, CAPÍTULO I)

**Art. 131.** Serão habilitados como Centros de Atendimento de Urgência Tipo I os estabelecimentos hospitalares que desempenham o papel de referência para atendimento aos pacientes com AVC, que disponibilizam e realizam o procedimento com o uso de trombolítico, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) específico, e que cumpram os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º)

**I** - realizar atendimento de urgência 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, I)

**II** - realizar exame de tomografia computadorizada de crânio nas 24 (vinte e quatro) horas do dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, II)

**III** - dispor de equipe treinada em urgência para atendimento aos pacientes com AVC, composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e coordenada por neurologista com título de especialista em neurologia reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Regional de Medicina (CRM) ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, III)

**IV** - disponibilizar protocolos clínicos e assistenciais escritos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, IV)



**V** - possuir leitos monitorados para o atendimento ao AVC agudo, com médico 24 (vinte e quatro horas) por dia e equipe treinada para o atendimento, podendo ser no serviço de urgência ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, VI)

**VI** - realizar serviço de laboratório clínico em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, VIII)

**VII** - fornecer cobertura de atendimento neurológico, disponível em até 30 (trinta) minutos da admissão do paciente (plantão presencial, sobreaviso à distância ou suporte neurológico especializado por meio da telemedicina/telessaúde); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 800/2015)

**VIII** - possuir Unidade de Tratamento Intensivo (UTI); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, VII) (com redação dada pela PRT MS/GM 800/2015)

**IX** - dispor de equipe neurocirúrgica 24 (vinte e quatro) horas/dia, seja ela própria, presencial ou disponível em até 2 (duas) horas, ou referenciada, disponível em até 2 (duas) horas; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, IX) (com redação dada pela PRT MS/GM 800/2015)

**X** - realizar tratamento hemoterápico para possíveis complicações hemorrágicas. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, X) (com redação dada pela PRT MS/GM 800/2015)

**§ 1º** Entende-se por telemedicina/telessaúde para tratamento agudo do AVC a utilização de sistemas de comunicação ou teleconferência que incluam ou não o compartilhamento de vídeo, som e dados de neuroimagem, permitindo a avaliação remota de um paciente com suspeita de AVC por um neurologista com experiência em AVC, preferencialmente vinculado a um Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, § 1º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

**§ 2º** Na avaliação referida no § 1º do art. 5º, o sistema de comunicação ou teleconferência deve permitir que o neurologista realize: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, § 2º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

**I** - checagem da história clínica e do exame neurológico, se necessário, do referido paciente, conversando ou visualizando e, sobretudo, interagindo em tempo real com o paciente e a equipe médica à distância para o cuidado ao paciente com AVC; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, § 2º, I)

**II** - deve-se avaliar, em tempo real, a neuroimagem realizada logo após sua aquisição no equipamento remoto (tomografia computadorizada ou ressonância magnética de crânio), através de um software de transmissão de imagem, com visualizador que tenha ajuste do centro e largura da janela da imagem e transferência de dados segura, quando necessitar de trombólise; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, § 2º, II)

**III** - todo o cuidado ao paciente com AVC para redução da morbidade e sequelas, considerando seus riscos. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, § 2º, III)

**Art. 132.** Serão habilitados como Centros de Atendimento de Urgência Tipo II os estabelecimentos hospitalares que desempenham o papel de referência para atendimento aos pacientes com AVC, que cumpram todos os requisitos exigidos no art. 131 e que disponham de: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º)

**I** - Unidade de Cuidado Agudo ao AVC (U-AVC Agudo), que deverá: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, I)

**a)** possuir área física definida com, no mínimo, cinco leitos exclusivamente destinados ao atendimento do paciente com AVC agudo (isquêmico, hemorrágico ou acidente isquêmico transitório); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, I, a)

**b)** realizar atendimento ao paciente com AVC agudo até setenta e duas horas de internação oferecendo, inclusive, tratamento trombolítico endovenoso para o AVC isquêmico; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, I, b)

**c)** realizar atendimento de forma multiprofissional, com a inclusão de fisioterapia e fonoaudiologia; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, I, c)

**d)** garantir que o tratamento de fase aguda seja coordenado por neurologista; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, I, d)

**II** - realização dos seguintes procedimentos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, II)

**a)** Eletrocardiograma (ECG); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, II, a)

**b)** serviço de laboratório clínico em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, II, b)

**c)** serviço de radiologia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, II, c)

**III** - garantia do acesso, por intermédio de termo de compromisso, nos termos do Anexo 21 do Anexo III, aos seguintes procedimentos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III)

**a)** ressonância magnética; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, b)

**b)** angioressonância; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, c)

**c)** ecodoppler transcraniano; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, d)

**d)** neuroradiologia intervencionista; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, e)

**e)** ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, a) (com redação dada pela PRT MS/GM 800/2015)

**f)** ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, f) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

**g)** angiografia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, g) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

**§ 1º** Entende-se por U-AVC Agudo, unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 5 (cinco) leitos no mesmo espaço físico, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado aos pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório), durante a fase aguda (até 72 horas da internação) e oferecer tratamento trombolítico endovenoso. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 1º)

**§ 2º** Cada U-AVC Agudo deve possuir os seguintes recursos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º)

**I** - recursos humanos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I)

**a)** um responsável técnico neurologista, com título de especialista em neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo MEC; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, a)

**b)** médico 24 (vinte e quatro) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, b)

**c)** enfermeiro 24 (vinte e quatro) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, c)

**d)** um técnico de enfermagem exclusivo para cada 4 (quatro) leitos, 24 (vinte e quatro) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, d)

**e)** suporte diário de fisioterapeuta; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, e)

**f)** suporte diário de fonoaudiólogo; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, f)

**g)** suporte de neurologista, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, inclusive feriados; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, g)

II - recursos materiais: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II)

a) camas hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, a)

b) um estetoscópio por leito; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, b)

c) pelo menos dois equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") para cada leito, com reserva operacional de um equipamento para cada 3 (três) leitos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, c)

d) pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, d)

e) materiais para aspiração; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, e)

f) kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f)

1. equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão autoinflável, com reservatório e máscara facial (ambu); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f, 1)

2. cabos e lâminas de laringoscópio; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f, 2)

3. tubos/cânulas endotraqueais; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f, 3)

4. fixadores de tubo endotraqueal; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f, 4)

5. cânulas de Guedel; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f, 5)

6. fio guia estéril; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f, 6)

g) um equipamento desfibrilador/cardioversor por unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, g)

h) um eletrocardiógrafo portátil por unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, h)

i) um equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar por unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, i)

j) uma maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio para cada 5 (cinco) leitos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, j)

k) cilindro transportável de oxigênio; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, k)

l) uma máscara facial com diferentes concentrações de oxigênio para cada 3 (três) leitos; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, l)

m) um monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura, para cada leito. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, m)

§ 3º As unidades da federação que não cumprirem os critérios de habilitação descritos neste artigo e tiverem necessidade de U-AVC Agudo no contexto da Rede de Urgência e Emergência poderão solicitar a referida habilitação, que será analisada e definida pelo Ministério da Saúde em ato específico. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 3º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

**Art. 133.** Serão habilitados como Centros de Atendimento de Urgência Tipo III aos pacientes com AVC, os estabelecimentos hospitalares que cumprirem todos os requisitos exigidos nos arts. 131 e 132 do Anexo III e que disponham de: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º)

I - Unidade de Cuidado Integral ao AVC (U-AVC Integral), que inclui a Unidade de Cuidado Agudo ao AVC, podendo compartilhar ou não o mesmo espaço físico; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, I)

II - no mínimo, 10 (dez) leitos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, II)

III - atendimento da totalidade dos casos de AVC agudo admitidos na instituição, exceto aqueles que necessitarem de terapia intensiva e aqueles para os quais for definido por suporte com cuidados paliativos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, III)

IV - tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, IV)

V - ambulatório especializado, preferencialmente próprio, podendo também ser referenciado, para dar suporte à RUE; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, V)

§ 1º Entende-se por U-AVC Integral, unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 10 (dez) leitos, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado dos pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório) até 15 (quinze) dias da internação hospitalar, com a atribuição de dar continuidade ao tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 1º)

§ 2º A U-AVC Integral deve possuir os seguintes recursos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º)

I - recursos humanos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I)

a) 1 (um) responsável técnico neurologista com título de especialista em neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo MEC; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, a)

b) um médico, 24 (vinte e quatro) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, b)

c) suporte de neurologista, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, inclusive feriados; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, c)

d) um enfermeiro exclusivo na unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, d)

e) um técnico de enfermagem para cada 4 (quatro) leitos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, e)

f) um fisioterapeuta para cada 10 (dez) leitos, 6 (seis) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, f)

g) um fonoaudiólogo para cada 10 (dez) leitos, 6 (seis) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, g)

h) um terapeuta ocupacional para cada 10 (dez) leitos, 6 (seis) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, h)

i) um assistente social, 6 (seis) horas por dia, de segunda a sexta-feira; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, i)

j) suporte de psicólogo, nutricionista e farmacêutico na instituição; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, j)

II - recursos materiais: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II)

a) camas hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados; (Origem: PRT MS/GM

665/2012, Art. 7º, § 2º, II, a)

**b)** um estetoscópio por leito; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, b)

**c)** 2 (dois) equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") para cada leito, com reserva operacional de um equipamento para cada 3 (três) leitos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, c)

**d)** 50% (cinquenta por cento) dos leitos com capacidade para monitoração contínua de frequência respiratória, oximetria de pulso, frequência cardíaca, eletrocardiografia, temperatura, pressão arterial não invasiva; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, d)

**e)** pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, e)

**f)** 1 (uma) máscara facial que permite diferentes concentrações de oxigênio para cada 5 (cinco) leitos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, f)

**g)** materiais para aspiração; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, g)

**h)** um eletrocardiógrafo portátil por unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, h)

**i)** kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i)

**1.** equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão autoinflável, com reservatório e máscara facial (ambu); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i, 1)

**2.** cabos e lâminas de laringoscópio; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i, 2)

**3.** tubos/cânulas endotraqueais; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i, 3)

**4.** fixadores de tubo endotraqueal; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i, 4)

**5.** cânulas de Guedel; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i, 5)

**6.** fio guia estéril; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i, 6)

**j)** 1 (um) equipamento desfibrilador/cardioversor por unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, j)

**k)** 1 (um) equipamento para aferição de glicemia capilar, específico por unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, k)

**l)** 1 (uma) maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio para cada 10 (dez) leitos; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, l)

**m)** cilindro transportável de oxigênio. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, m)

**§ 3º** A U-AVC Integral deve monitorar e registrar os seguintes indicadores assistenciais e de processo: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º)

**I** - profilaxia para trombose venosa profunda iniciada até o segundo dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, I)

**II** - alta hospitalar em uso de antiagregante plaquetário em pacientes com AVC não cardioembólico, salvo situações específicas que dependam da análise do quadro clínico do paciente; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, II)

**III** - alta hospitalar em uso de anticoagulação oral para pacientes com Fibrilação Atrial (FA) ou "Flutter", salvo contraindicações; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, III)

**IV** - uso de antiagregantes plaquetários, quando indicado, iniciado até o segundo dia de internação; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, IV)

**V** - alta hospitalar em uso de estatina para pacientes com AVC aterotrombótico, salvo contraindicações; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, V)

**VI** - alta hospitalar com plano de terapia profilática e de reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, VI)

**VII** - porcentagem de pacientes com doença cerebrovascular aguda atendidos na Unidade de AVC; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, VII)

**VIII** - o tempo de permanência hospitalar do paciente acometido por AVC visando redução do mesmo; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, VIII)

**IX** - as seguintes complicações: trombose venosa profunda, úlcera de pressão, pneumonia, infecção do trato urinário; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, IX)

**X** - CID-10 específico do tipo de AVC à alta hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, X)

**XI** - mortalidade hospitalar por AVC, visando redução da mesma; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, XI)

**XII** - tempo porta-tomografia < 25 minutos; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, XII)

**XIII** - tempo porta-agulha < 60 minutos. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, XIII)

**§ 4º** As unidades da federação que não cumprirem os critérios de habilitação definidos neste artigo e tiverem necessidade de U-AVC Integral no contexto da Rede de Urgência e Emergência poderão solicitar a referida habilitação, que será analisada e definida pelo Ministério da Saúde em ato específico. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 4º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

**Art. 134.** Para a habilitação em Centro de Atendimento de Urgência Tipo I, II e III aos pacientes com AVC junto ao Ministério da Saúde, os gestores estaduais, do Distrito Federal e municipais deverão encaminhar a respectiva solicitação, por meio de ofício, à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS) com as seguintes documentações: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º)

**I** - cópia do Plano de Ação Regional (PAR) aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou equivalente, submetido ao Ministério da Saúde, ou expediente que comprove elaboração do PAR da Rede de Urgência e Emergência e a resolução da CIB aprovando a habilitação dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, I)

**II** - Termo de Compromisso assinado pelo Gestor Municipal e/ou Estadual e do Distrito Federal por meio do qual se obriga a estabelecer e adotar a Linha de Cuidado em AVC e o PCDT - Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo, constante do Plano de Ação Regional da RUE, com realização de ações que permitam sua plena integração com os outros pontos de atenção, nos termos do documento base da referida linha de cuidados, de modo a garantir o cuidado integral e de qualidade aos pacientes com acidente vascular cerebral; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, II)

**III** - Formulário para Vistoria do Gestor - Normas de Classificação e Habilitação de Centro de Atendimento de Urgência assinado pelo Gestor Municipal e/ou Estadual e Distrito Federal do SUS, conforme modelos constantes dos Anexos 18, 19 e 20 do Anexo III, com comprovação do cumprimento das exigências para habilitação; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, III)

**IV** - atualização das informações no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, IV)

**§ 1º** Em caso de solicitação de habilitação para Centro de Atendimento de Urgência Tipo II ou Tipo III aos Pacientes com AVC, também deverá ser informado o número de leitos da Unidade de Cuidado Agudo ao paciente com AVC ou da Unidade de Cuidado Integral ao paciente com AVC. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 1º)

**§ 2º** O Ministério da Saúde avaliará a documentação encaminhada pelo Gestor local do SUS, que poderá realizar vistoria in loco para a habilitação a qualquer tempo. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 2º)

**§ 3º** Caso o resultado da avaliação do pedido de habilitação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) adotará as providências para a publicação de portaria de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 3º)

**§ 4º** Em caso de pendências, o Ministério da Saúde encaminhará ao Gestor local do SUS ofício para conhecimento e providências para regularização. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 4º)

**§ 5º** Caso o resultado da avaliação do pedido de habilitação seja desfavorável, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) comunicará ao Gestor local do SUS. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 5º)

**§ 6º** As localidades e regiões que ainda não dispuserem do PAR, conforme descrito em inciso I do "caput", e forem consideradas estratégicas para implantação da Linha de Cuidado ao AVC pelos gestores estaduais e municipais, poderão pleitear habilitação para o Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC Tipo I, II ou III, mediante a apresentação dos documentos descritos no § 7º deste artigo e parecer técnico da CGMAC/DAET/SAS/MS, além do cumprimento das regras desta Portaria, com exceção do inciso I do "caput" do presente artigo. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 6º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

**§ 7º** Para o cumprimento do § 6º do "caput" deste artigo, os gestores deverão encaminhar à CGMAC/DAET/SAS/MS os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 7º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

**I** - comprovação da cobertura do componente SAMU 192 da Rede de Urgência e Emergência; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 7º, I)

**II** - comprovação da existência de pontos de atenção de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou serviços de urgências; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 7º, II)

**III** - cobertura mínima, pela Atenção Básica, de 50% (cinquenta por cento) da população; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 7º, III)

**IV** - expediente ou termo de compromisso que comprove articulação com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares de retaguarda e com outros serviços de atenção à saúde para promoção da reabilitação, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência, ordenando tais fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica instaladas na região; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 7º, IV)

**V** - expediente que comprove a aprovação da CIR e da CIB para a referida implantação da Linha de Cuidado ao AVC e habilitação do respectivo Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC Tipo I, II ou III. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 7º, V)

## CAPÍTULO II

### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 665/2012, CAPÍTULO III)

**Art. 135.** A Tabela de Procedimentos, Medicamentos Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS) fica acrescida do procedimento "Tratamento de acidente vascular cerebral isquêmico agudo com uso de trombolítico - Código 03.03.04.030-0", nos termos do Anexo LXXXIX da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 13)

**Parágrafo Único.** São excluídos entre si os procedimentos 03.03.04.014-9 - Tratamento de acidente vascular cerebral - AVC (isquêmico ou hemorrágico agudo) e 03.03.04.030-0 - Tratamento de acidente vascular cerebral isquêmico agudo com uso de trombolítico, previstos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 13, Parágrafo Único)

**Art. 136.** Os serviços de saúde autorizados a prestar assistência aos pacientes acometidos por AVC no âmbito do SUS devem submeter-se à regulação, controle e avaliação dos respectivos gestores, os quais são responsáveis por: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14)

**I** - avaliação permanente da estrutura e equipe dos serviços habilitados para prestar este tipo de atendimento; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14, I)

**II** - avaliação da compatibilidade entre a estrutura e equipe autorizadas a prestar os serviços e a respectiva produção; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14, II)

**III** - avaliação da compatibilidade entre o número de casos esperados para a população atendida, o número de atendimentos realizados e o número de procedimentos, observando-se também a frequência esperada dos procedimentos (consultas e acompanhamentos/tratamentos) correlacionados; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14, III)

**IV** - avaliação da qualidade dos serviços prestados. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14, IV)

**§ 1º** Os serviços de saúde autorizados a prestar assistência aos pacientes acometidos por AVC no âmbito do SUS deverão observar a Linha de Cuidados em AVC e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo, instituído por meio da Portaria nº 664/GM/MS, de 12 de abril de 2012. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14, § 1º)

**§ 2º** O controle, a avaliação e a auditoria deverão utilizar como parâmetro a frequência do procedimento 03.03.04.030-0 - Tratamento do acidente vascular cerebral isquêmico agudo com uso de trombolítico e do procedimento 03.03.04.014-9 - Tratamento de acidente vascular cerebral - AVC (isquêmico ou hemorrágico agudo), devendo a frequência do procedimento 03.03.04.030-0 representar até vinte por cento da soma das duas frequências em cada estabelecimento de saúde habilitado. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14, § 2º)

**Art. 137.** Fica aprovada a Linha de Cuidados em AVC, a ser observada por todos os serviços habilitados nos termos deste Título, cujo conteúdo encontrar-se-á disponível no endereço eletrônico [www.saude.gov.br/sas](http://www.saude.gov.br/sas). (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 16)

## TÍTULO IX

### DA LINHA DE CUIDADO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM) E DO PROTOCOLO CLÍNICO SOBRE SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS (SCA)

**Art. 138.** Fica aprovada a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e do Protocolo Clínico sobre Síndromes Coronarianas Agudas (SCA). (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 1º)

**Parágrafo Único.** A Linha de Cuidado do IAM e o Protocolo Clínico sobre SCA de que trata este artigo encontram-se disponíveis no endereço eletrônico [www.saude.gov.br/sas](http://www.saude.gov.br/sas). (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 1º, Parágrafo Único)

**Art. 139.** Inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS os procedimentos contidos no Anexo XIV da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 2º)

**Parágrafo Único.** Os procedimentos indicados pelo Anexo XV da Portaria de Consolidação nº 6 são excludentes entre si. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 2º, Parágrafo Único)

**Art. 140.** Altera na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS os atributos dos procedimentos de acordo com o Anexo XVI da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 3º)

**Art. 141.** Garanti, na alta hospitalar, a continuidade do uso da medicação clopidogrel (75 mg) para que o paciente faça uso diário por trinta (30) dias da referida medicação, conforme protocolo clínico supracitado. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 4º)

**Parágrafo Único.** : A medicação clopidogrel será fornecida pelo hospital quando da internação do paciente, conforme protocolo clínico, e o hospital deverá fornecê-la ao paciente por mais 30 dias da alta, até que seja adquirido pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 4º, Parágrafo Único)

**Art. 142.** Fica instituída, no âmbito do SUS, a Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO), na forma do Anexo XIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 5º)

**§ 1º** Entende-se por Unidade de Terapia Intensiva Coronariana, ou simplesmente, Unidade Coronariana (UCO), a unidade de terapia intensiva dedicada ao cuidado a pacientes com síndrome coronariana aguda, devendo, necessariamente, dispor de infraestrutura típica de terapia intensiva, mas se localizar em instituição capacitada para fornecer apoio diagnóstico e terapêutico para os pacientes com síndrome coronariana aguda, incluindo recursos humanos qualificados, métodos diagnósticos não invasivos e invasivos e oportunidade de tratamento percutâneo e cirúrgico em caráter de urgência. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 5º, § 1º)

**§ 2º** A UCO deverá ser habilitada como Leito de Terapia Intensiva Coronariana - UCO tipo II ou tipo III, de acordo com os critérios de habilitação de Unidade de Terapia Intensiva - UTI tipo II ou tipo III dispostos na Portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 5º, § 3º)

**Art. 143.** Será publicada em portaria específica a operacionalização das terapias medicamentosas ora incluídas para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), previstos na Linha de Cuidado do IAM e Protocolo da Síndrome Coronariana Aguda. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 10)

#### TÍTULO X

##### DO CUIDADO PROGRESSIVO AO PACIENTE CRÍTICO OU GRAVE

**Art. 144.** Fica aprovado, na forma do anexo, disponível no endereço eletrônico [www.saude.gov.br/cas](http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/ANEXO-PACIENTE-CRITICO-OU-GRAVE.pdf) <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/ANEXO-PACIENTE-CRITICO-OU-GRAVE.pdf> ([Redação dada pelo DOU, Seção 1, página 58 de 15.06.2018](#)), o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrico, Unidade Coronariana, Queimados e Cuidado Intermediário Adulto e Pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 1º)

**Parágrafo Único.** As Unidades de Terapia Intensiva e as Unidades de Cuidados Intermediários devem articular uma linha de cuidado progressivo, de acordo com a condição clínica e complexidade do cuidado do paciente. (Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 1º, Parágrafo Único)

**Art. 145.** A Secretaria de Atenção à Saúde regulamentará os procedimentos hospitalares do SIH/SUS das Unidades de Cuidados Intermediário Adulto e Pediátrico. (Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 2º)

**Art. 146.** As habilitações vigentes à data de publicação da Portaria nº 895/GM/MS, de 31 de março de 2017 classificadas como 26.96 - UTI Adulto Tipo I e 26.98 - UTI Pediátrica Tipo I serão classificadas respectivamente em UCI-a e UCI-ped. (Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 3º)

**Parágrafo Único.** Serão excluídos da Tabela de Leitos Complementares do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) os tipos de leitos de UTI Adulto Tipo I (26.96) e UTI Pediátrica Tipo I (26.98) e incluídos os tipos de leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Adulto (UCI-a) e Unidade de Cuidados Intermediários Pediátrico (UCI-ped), cabendo ao gestor competente (Estado ou Município) do SUS a inserção dos respectivos leitos no campo Leito Complementar - módulo "Leitos Existentes". (Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 3º, Parágrafo Único)

**Art. 147.** As Unidades de Terapia Intensiva atualmente habilitadas como Tipo II ou Tipo III, permanecerão como tal. (Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 4º)

**Art. 148.** Caberá à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (CGSI/DRAC/SAS/MS) adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS da Secretaria-Executiva (DATASUS), para o cumprimento do disposto neste Título. (Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 5º)

#### TÍTULO XI

##### DA ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PROLONGADOS PARA RETAGUARDA À REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE) E DEMAIS REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

**Art. 149.** Este Título estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 1º)

**Art. 150.** Os Cuidados Prolongados poderão se organizar nas seguintes formas: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 2º)

I - Unidade de Internação em Cuidados Prolongados como serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado (UCP); ou (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 2º, I)

II - Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP). (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 2º, II)

#### CAPÍTULO I

##### DAS DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE CUIDADOS PROLONGADOS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO I)

**Art. 151.** As UCP e HCP se constituem em uma estratégia de cuidado intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica, inclusive a atenção domiciliar, prévia ao retorno do usuário ao domicílio. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 3º)

**Art. 152.** Os Cuidados Prolongados destinam-se a usuários em situação clínica estável, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 4º)

**Art. 153.** Os Cuidados Prolongados têm como objetivo geral a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia potencialmente recuperável, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 5º)

**Parágrafo Único.** São considerados usuários em situação de perda de autonomia aqueles com limitações físicas, funcionais, neurológicas e/ou motoras, restritos ao leito, ou em qualquer condição clínica que indique a necessidade de cuidados prolongados em unidade hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 5º, Parágrafo Único)

**Art. 154.** São diretrizes dos Cuidados Prolongados: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º)

**I** - prestação individualizada e humanizada do cuidado ao usuário hospitalizado que necessite de cuidados em reabilitação intensivos, semi-intensivos ou não intensivos para o reestabelecimento das funções e atividades, bem como para a recuperação de sequelas; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, I)

**II** - equidade no acesso e atenção prestada em tempo oportuno; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, II)

**III** - garantia de cuidado por equipe multidisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, III)

**IV** - incentivo à autonomia e autocuidado do usuário; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, IV)

**V** - articulação entre as equipes multidisciplinares das UCP com as equipes de atenção básica, inclusive atenção domiciliar, centros de referência em reabilitação, bem como com outras equipes que atuem nos demais pontos de atenção do território, permitindo a efetivação da integralidade da assistência e a continuidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, V)

**VI** - garantia da alta hospitalar responsável e em tempo oportuno, nos termos do Capítulo III do Título XI do Livro II; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, VI)

**VII** - eficiência e qualidade na prestação dos cuidados; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, VII)

**VIII** - corresponsabilização da família no cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, VIII)

**IX** - intersetorialidade; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, IX)

**X** - acessibilidade. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, X)

**Art. 155.** Os Cuidados Prolongados têm como finalidade: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º)

**I** - desenvolver um sistema diferenciado de cuidados por meio da introdução de intervenções inovadoras e adaptadas às novas necessidades sócio demográficas e epidemiológicas da população; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, I)

**II** - garantir o acolhimento, acessibilidade e humanização do cuidado ao usuário; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, II)

**III** - reabilitar o usuário, de forma parcial ou total, e possibilitar a continuidade do cuidado com intervenções terapêuticas que permitam o reestabelecimento de suas funções e atividades, promovendo autonomia e independência funcional, bem como a recuperação de suas sequelas; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, III)

**IV** - avaliar, de forma global, por meio de atuação multidisciplinar integrada, as necessidades do usuário, considerando sua situação de dependência e os seus objetivos de funcionalidade e autonomia definidos periodicamente; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, IV)

**V** - incentivar e apoiar a adaptação dos usuários à incapacidade e aprendizagem do autocuidado; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, V)

**VI** - acompanhar o usuário em situação de dependência por meio de Plano Terapêutico, especialmente, quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, devendo ser o resultado da discussão de caso em equipe, com vistas ao seu retorno ao domicílio; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, VI)

**VII** - promover a continuidade do acompanhamento do usuário após a alta hospitalar, de forma a possibilitar a revisão de diagnóstico, a reavaliação de riscos e a adequação de condutas entre os especialistas envolvidos; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, VII)

**VIII** - apoiar a manutenção da capacidade funcional do usuário, garantindo os cuidados terapêuticos e o apoio psicossocial necessários, com o intuito de promover a independência funcional e a autonomia; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, VIII)

**IX** - orientar e apoiar os familiares e cuidadores, em parceria com a atenção básica, inclusive atenção domiciliar, para manutenção e corresponsabilização do cuidado em uma construção progressiva de autonomia e retorno ao convívio social; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, IX)

**X** - buscar a integralidade da assistência atuando de forma articulada às demais equipes de atenção à saúde atuantes no território; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, X)

**XI** - diminuir a ocupação inadequada de leitos de urgência e de Unidades de Terapia Intensiva (UTI); (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, XI)

**XII** - reduzir as internações recorrentes ocasionadas por agravamento de quadro clínico dos usuários em regime de atenção domiciliar; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, XII)

**XIII** - aumentar a rotatividade dos leitos de retaguarda clínica para quadros agudos e crônicos reagudizados. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, XIII)

## CAPÍTULO II

### DA ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PROLONGADOS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO II)

**Art. 156.** Os Cuidados Prolongados poderão se organizar nas seguintes formas: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 8º)

**I** - Unidades de Internação em Cuidados Prolongados como Serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado (UCP); e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 8º, I)

**II** - Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (HCP). (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 8º, II)

**§ 1º** As UCP devem possuir entre quinze e vinte e cinco leitos para tratamento prolongado. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 8º, § 1º)

**§ 2º** O HCP constitui-se em um estabelecimento cuja capacidade instalada total seja direcionada para essa finalidade, com, no mínimo, quarenta leitos. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 8º, § 2º)

**Art. 157.** As UCP e o HCP terão acessibilidade e contarão com Sala Multiuso de Reabilitação, espaço destinado ao atendimento do usuário em cuidados prolongados, com vistas à reabilitação precoce e à aceleração do processo de desospitalização pela Equipe Multiprofissional. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 9º)

**§ 1º** As UCP deverão contar com Sala Multiuso de Reabilitação Tipo I e os HCP deverão contar com Sala Multiuso de Reabilitação Tipo II, de acordo com estabelecido no Anexo 22 do Anexo III. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 9º, § 1º)

**§ 2º** Para os fins deste Título, acessibilidade é entendida como a presença de condições necessárias para que o usuário realize qualquer movimentação ou deslocamento dentro de suas capacidades individuais, por seus próprios meios ou com o auxílio de um profissional, familiar ou cuidador, em condições seguras, mesmo que para isso necessite de aparelhos ou equipamentos específicos. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 9º, § 2º)

#### Seção I

Da Equipe Multidisciplinar

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO II, Seção I)

**Art. 158.** As UCP deverão contar com uma equipe multiprofissional para cada módulo com quinze a vinte e cinco leitos, com as seguintes composição e carga horária mínimas de trabalho dos respectivos profissionais: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10)

**I** - médico: vinte horas semanais, distribuídas de forma horizontal, de segunda a sexta-feira; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, I)

**II** - enfermeiro: sessenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, II)

**III** - técnico de enfermagem: no mínimo um técnico para cada cinco usuários hospitalizados, disponível nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, III)

**IV** - assistente social: vinte horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, IV)

**V** - fisioterapeuta: sessenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, V)

**VI** - psicólogo: vinte horas semanais; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, VI)

**VII** - fonoaudiólogo: trinta horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, VII)

**Parágrafo Único.** Os usuários das UCP de que trata este artigo deverão contar com acesso a outras especialidades médicas, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, Parágrafo Único)

**Art. 159.** Os HCP deverão possuir toda a estrutura necessária para o funcionamento de um estabelecimento hospitalar, segundo legislação vigente, e para cada módulo com quarenta leitos, uma equipe multiprofissional com as seguintes composição e carga horária mínimas de trabalho dos respectivos profissionais: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11)

**I** - médico plantonista disponível nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, I)

**II** - médico: vinte horas semanais, distribuídas de forma horizontal, de segunda a sexta-feira; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, II)

**III** - enfermeiro: oitenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, III)

**IV** - enfermeiro plantonista noturno disponível nas vinte e quatro horas do dia e em todos os dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, IV)

**V** - técnico de enfermagem: no mínimo um técnico para cada cinco usuários hospitalizados, disponível nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, V)

**VI** - assistente social: quarenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, VI)

**VII** - fisioterapeuta: cento e vinte horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, VII)

**VIII** - psicólogo: quarenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, VIII)

**IX** - fonoaudiólogo: sessenta horas semanais; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, IX)

**X** - terapeuta ocupacional: trinta horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, X)

**Parágrafo Único.** Os usuários dos HCP de que trata este artigo deverão contar com acesso a outras especialidades médicas, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, Parágrafo Único)

**Art. 160.** As equipes multiprofissionais deverão desenvolver um trabalho articulado, com troca de informações e ações conjuntas que resultem no atendimento humanizado e resolutivo, de acordo com as condições do usuário hospitalizado. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 12)

**§ 1º** As equipes multiprofissionais serão organizadas de forma horizontalizada e funcionarão nos sete dias da semana, com retaguarda de plantonista médico e enfermeiro no estabelecimento hospitalar durante a noite e nos finais de semana. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 12, § 1º)

**§ 2º** Entende-se por horizontalizada a forma de organização do trabalho em saúde na qual existe uma equipe multiprofissional de referência que atua diariamente no serviço, em contraposição à forma de organização do trabalho em que os profissionais têm uma carga horária distribuída por plantão. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 12, § 2º)

**Art. 161.** São atribuições da equipe multidisciplinar: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13)

**I** - avaliação global do usuário no momento da internação ou reinternação em conjunto, quando couber, com as equipes: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, I)

**a)** da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, I, a)

**b)** do Leito de Retaguarda; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, I, b)

**c)** da Unidade de Pronto Atendimento (UPA); e/ou (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, I, c)

**d)** do Serviço de Atenção Domiciliar; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, I, d)

**II** - utilização de protocolos de acesso regulado, em conformidade com a Política Nacional de Regulação do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, II)

**III** - elaboração de Plano Terapêutico, quando couber, permitindo-se tratamento e controle de sintomas e/ou sequelas do processo agudo ou crônico, visando à reabilitação funcional parcial ou total; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, III)

**IV** - utilização de prontuário clínico unificado; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, IV)

**V** - identificação precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, cujo avanço poderá pôr em risco as habilidades e a autonomia dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, V)

**VI** - articulação conjunta com as equipes de Atenção Básica, inclusive as da Atenção Domiciliar, para o planejamento da alta hospitalar em tempo oportuno; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, VI)

**VII** - elaboração de relatório que informe as condições atuais do usuário e proposta de cuidados necessários em domicílio; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, VII)

**VIII** - orientação e apoio à família e ao cuidador para a continuidade dos cuidados do usuário em domicílio; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, VIII)

**IX** - articulação com demais serviços da rede social de apoio, com proposta de alianças intersetoriais para potencialização do cuidado; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, IX)

**X** - participação nos processos formativos da Educação Permanente em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, X)

**§ 1º** A Educação Permanente em Saúde da equipe multidisciplinar tem os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º)

**I** - assegurar que todos os profissionais envolvidos com o cuidado dos usuários hospitalizados nas UCP e HCP e que prestam cuidado direto às pessoas em situação de dependência disponham das competências necessárias ao adequado exercício de suas funções; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, I)

**II** - contribuir para a formação, capacitação e atualização dos profissionais do SUS, especialmente dos profissionais que: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, II)

**a)** estejam vinculados a Rede de Atenção às Urgências e Emergências; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, II, a)

**b)** estejam vinculados à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, II, b)

**c)** atuem nas demais unidades de internação do hospital onde estará vinculada a UCP; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, II, c)

**d)** atuem na área de Atenção Básica, inclusive atenção domiciliar, na prestação de assistência aos usuários com necessidade de cuidados prolongados; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, II, d)

**III** - integrar a produção de conhecimento científico com vistas à qualificação da equipe multidisciplinar, com temas essenciais para a garantia da qualidade da prestação dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, III)

**IV** - desenvolver a prática do ato de cuidar, que envolve sentimentos, atitudes e ações, devido ao grande impacto emocional no usuário e sua família. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, IV)

**§ 2º** Os gestores de saúde e os prestadores de serviços hospitalares são responsáveis pela incorporação de estratégias de educação permanente em saúde para os seus profissionais das UCP e HCP por meio de cursos, oficinas pedagógicas, supervisão e treinamento, com temas relevantes para equipe multidisciplinar. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 2º)

## Seção II

### Da Regulação do Acesso

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO II, Seção II)

**Art. 162.** Para internação em UCP e HCP, o usuário poderá ser procedente de: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 14)

**I** - unidades de saúde hospitalares e ambulatoriais diversas; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 14, I)

**II** - unidades ambulatoriais de reabilitação; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 14, II)

**III** - atenção básica, incluindo-se a atenção domiciliar, desde que preencha os critérios de elegibilidade para essa tipologia de cuidado estabelecidos por meio de protocolos de acesso regulado. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 14, III)

**Art. 163.** A internação do usuário em UCP e HCP seguirá as definições estabelecidas pelo gestor local de saúde, observado o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 15)

**I** - a internação será solicitada por uma das unidades de origem descritas no art. 162 à Central de Regulação, ficando a unidade de origem responsável pelo usuário até o desfecho da solicitação, mesmo em caso de regime de atenção domiciliar; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 15, I)

**II** - a Central de Regulação fará a busca da vaga, considerando-se as informações clínicas e de vulnerabilidades do usuário; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 15, II)

**III** - obtida a vaga, a Central de Regulação comunicará à unidade de origem a UCP ou HCP para o qual o usuário deverá ser encaminhado; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 15, III)

**IV** - a Central de Regulação e a unidade de origem indicarão o meio de transporte mais adequado para a transferência do usuário. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 15, IV)

## Seção III

### Da Elegibilidade do Usuário aos Cuidados Prolongados na Rede de Atenção à Saúde

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO II, Seção III)

**Art. 164.** Poderá ser admitido em UCP e HCP o usuário em situação clínica estável cujo quadro clínico apresente uma das seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16)

**I** - recuperação de um processo agudo e/ou recorrência de um processo crônico; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, I)

**II** - necessidade de cuidados prolongados para reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de um processo clínico, cirúrgico ou traumatológico; ou (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, II)

**III** - dependência funcional permanente ou provisória física, motora ou neurológica parcial ou total. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, III)

**§ 1º** Além de apresentar pelo menos uma das características descritas no "caput", o usuário elegível para ser admitido em UCP e HCP deverá se enquadrar em pelo menos uma das seguintes situações clínicas: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º)

**I** - usuários em suporte respiratório, como ventilação mecânica não invasiva, oxigenoterapia ou higiene brônquica; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, I)

**II** - usuários submetidos a antibioticoterapia venosa prolongada, terapia com antifúngicos, dietoterapia enteral ou nasogástrica, portadores de outras sondas e drenos; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, II)

**III** - usuários submetidos aos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos que se encontrem em recuperação e necessitem de acompanhamento multidisciplinar, cuidados assistenciais e reabilitação físico-funcional; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, III)

**IV** - usuários em reabilitação motora por Acidente Vascular Cerebral (AVC), neuropatias, Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), Hematoma Sub-Aracnóide Traumático (HSAT), Hematoma Sub-aracnóide Espontâneo (HSAE) e Traumatismo Raquimedular (TRM); (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, IV)

**V** - usuários traqueostomizados em fase de decanulação; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, V)

**VI** - usuários que necessitem de curativos em úlceras por pressão grau III e IV; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, VI)

**VII** - usuários sem outras intercorrências clínicas após procedimento de laparostomia; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, VII)

**VIII** - usuários com incapacidade transitória de deambulação ou mobilidade; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, VIII)

**IX** - usuários com disfagia grave aguardando gastrostomia; ou (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, IX)

**X** - usuários, em fase terminal, desde que com agravamento do quadro, quando não necessitem de terapia intensiva. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, X)



§ 2º Quando houver retaguarda de atenção domiciliar no território, deverá ser realizada avaliação prévia e sistemática quanto à elegibilidade do usuário, garantindo-se a desospitalização em tempo oportuno. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 2º)

**Art. 165.** São inelegíveis à internação em UCP e HCP os seguintes usuários: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 17)

I - com episódio de doença em fase aguda ou crítica, em quadro clinicamente instável; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 17, I)

II - cujo objetivo da internação seja apenas a avaliação diagnóstica; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 17, II)

III - que necessitem de cuidados que possam ser prestados em domicílio e acompanhados pelas equipes de atenção básica, inclusive atenção domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 17, III)

### **CAPÍTULO III** DA ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO III)

**Art. 166.** A alta hospitalar responsável visa preparar o usuário para o retorno ao domicílio com qualidade e segurança para continuidade dos cuidados, promoção da sua autonomia e reintegração familiar e social. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 18)

**Parágrafo Único.** A avaliação global do usuário para a alta hospitalar responsável será realizada pela equipe multidisciplinar horizontal com vistas a identificar as estratégias mais adequadas e os respectivos riscos potenciais, considerados os aspectos físicos, psicossociais e econômicos, além do ambiente familiar do usuário. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 18, Parágrafo Único)

**Art. 167.** São objetivos da alta hospitalar responsável: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19)

I - promover a continuidade do cuidado em regime de atenção domiciliar e/ou ambulatorial; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, I)

II - buscar a melhor alternativa assistencial para o usuário após a alta, garantindo-se a troca de informações, orientações e avaliação sistemática com o ponto de atenção que irá receber o usuário; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, II)

III - dispor das orientações adequadas ao usuário, cuidador e família por meio de relatório sobre a sua condição clínica e psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, III)

IV - otimizar o tempo de permanência do usuário internado; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, IV)

V - prevenir o risco de readmissões hospitalares; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, V)

VI - avaliar as necessidades singulares do usuário; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, VI)

VII - prevenir o risco de infecção hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, VII)

### **CAPÍTULO IV** DOS PARÂMETROS PARA O CÁLCULO DE LEITOS (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO IV)

**Art. 168.** O cálculo para estabelecer a necessidade de leitos de Cuidados Prolongados será feito de forma regional, de acordo com os seguintes parâmetros: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20)

I - a necessidade de leitos hospitalares gerais é de 2,5 (dois inteiros e cinco décimos) leitos gerais para cada 1.000 (mil) habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, I)

II - os leitos de Cuidados Prolongados corresponderão a 5,62% (cinco inteiros e sessenta e dois décimos por cento) da necessidade total de leitos hospitalares gerais, percentual que deverá ser distribuído da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, II)

a) 60% (sessenta por cento) para internações em UCP e HCP; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, II, a)

b) 40% (quarenta por cento) para cuidados em Atenção Domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, II, b)

§ 1º Em caso de inexistência de Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP), a Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar, do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGHOSP/DAHUSAS/MS) poderá considerar percentual diferenciado de déficit de leitos para internação em UCP ou HCP. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, § 1º)

§ 2º Para os fins do disposto no art. 168, § 1º, o Secretário de Atenção à Saúde editará, para cada caso analisado, ato específico que indique, para a respectiva entidade, qual o percentual diferenciado de déficit de leitos considerado para fins de internação em UCP ou HCP. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, § 2º)

### **CAPÍTULO V** DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO VI)

**Art. 169.** O monitoramento consiste na verificação do cumprimento, por UCP e HCP, dos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37)

I - elaboração e/ou adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, I)

II - manutenção de equipe multiprofissional e de suporte para especialidades, conforme descrito neste Título; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, II)

III - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, III)

IV - implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, IV)

V - articulação com a Atenção Básica, inclusive Atenção Domiciliar, de sua Região de Saúde e/ou Município; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, V)

VI - realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, VI)

VII - desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde para as equipes multidisciplinares, por iniciativa das instituições hospitalares em parceria com gestores de saúde locais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, VII)

VIII - disponibilização de ofertas de educação em saúde e autocuidado para os usuários, familiares e cuidadores; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, VIII)

**IX** - regulação integral dos leitos pelas Centrais de Regulação, de acordo com a Política Nacional de Regulação do SUS e mediante pactuação local; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, IX)

**X** - taxa média de ocupação de no mínimo 85% (oitenta e cinco por cento); e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, X)

**XI** - desenvolvimento de ferramentas que auxiliem a clínica ampliada e a gestão da clínica, a exemplo do matriciamento, do Plano Terapêutico, do prontuário clínico unificado e dos protocolos clínicos. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, XI)

**§ 1º** As UCP e HCP serão monitoradas pelos Grupos Condutores Estaduais da RUE, os quais ficarão responsáveis por: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 1º)

**I** - avaliar o cumprimento dos requisitos previstos neste Título e das metas pactuadas entre o gestor e o prestador dos serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 1º, I)

**II** - enviar à CGHOSP/DAHU/SAS/MS, no prazo de trinta dias contado da conclusão da avaliação, relatório circunstaciado do que foi constatado nos trabalhos de monitoramento. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 1º, II)

**§ 2º** O monitoramento a que se refere o art. 169, § 1º será realizado com periodicidade máxima de 1 (um) ano, a partir do início do repasse de recursos previsto neste Título. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 2º)

**§ 3º** Sem prejuízo do disposto no § 1º deste artigo, as UCP e os HCP serão monitorados, em caráter complementar, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 3º)

**I** - visitas in loco pelas Secretarias de Saúde municipais, estaduais ou do Distrito Federal, bem como pelo Ministério da Saúde, quando necessárias; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 3º, I)

**II** - atuação, quando couber, do Sistema Nacional de Auditoria (SNA); e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 3º, II)

**III** - avaliação do impacto epidemiológico e resolutividade da estratégia por meio de indicadores quantitativos. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 3º, III)

#### **CAPÍTULO VI** DAS DISPOSIÇÕES FINAIS (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO VII)

**Art. 170.** Ficam incluídas no SCNES as seguintes habilitações: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 39)

**I** - Código 09.08 - Unidade de Internação em Cuidados Prolongados (UCP); e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 39, I)

**II** - Código 09.09 - Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP). (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 39, II)

**Art. 171.** Os leitos de longa permanência estabelecidos na Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, passam a ser denominados leitos de cuidados prolongados, pertencentes ao Componente Hospitalar da RUE. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 40)

**Parágrafo Único.** Os leitos de que trata este artigo serão organizados em UCP ou HCP, de acordo com o estabelecido neste Título. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 40, Parágrafo Único)

**Art. 172.** O Ministério da Saúde disponibilizará, no prazo de quarenta dias após a data de publicação da Portaria nº 2809/GM/MS, de 07 de dezembro de 2012, Manual com Diretrizes para Organização dos Cuidados Prolongados no âmbito do SUS, que servirá de apoio à implementação desses serviços. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 41)

**Art. 173.** Os estabelecimentos hospitalares que contiverem UCP e HCP serão habilitados em Serviços de Assistência em Alta Complexidade em Terapia Nutricional e Enteral/Parenteral, quando prestarem tais serviços. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 42)

**Art. 174.** O art. 11 da Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, passa a vigorar acrescido do seguinte § 3º: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 45)

#### **LIVRO III** DA OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, CAPÍTULO III)

**Art. 175.** A operacionalização da Rede de Atenção às Urgências dar-se-á pela execução de 5 (cinco) fases: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13)

**I** - Fase de Adesão e Diagnóstico: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I)

**a)** apresentação da Rede de Atenção às Urgências nos Estados e no Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, a)

**b)** realização de diagnóstico e aprovação da região inicial de implementação da Rede de Atenção às Urgências na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nos Estados e no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF); e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, b)

**c)** instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde, que terá como atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, c)

**1.** mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, c, 1)

**2.** apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, c, 2)

**3.** identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, c, 3)

**4.** monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, c, 4)

**II** - Fase do Desenho Regional da Rede: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, II)

**a)** realização de análise da situação dos serviços de atendimento às urgências, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda das urgências, dimensionamento da oferta dos serviços de urgência existentes e análise da situação da regulação, da avaliação, do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte para as urgências, da auditoria e do controle externo, pela Comissão Intergestores Regional (CIR) e pelo CGSES/DF, com o apoio da Secretaria de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, II, a)

**b)** elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, com detalhamento técnico de cada componente da Rede, contemplando o desenho da Rede Atenção às Urgências, metas a serem cumpridas, cronograma de implantação, mecanismos de regulação, monitoramento e avaliação, o estabelecimento de responsabilidades e o aporte de recursos pela União, Estado, Distrito Federal e Municípios envolvidos; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, II, b)

c) aprovação do Plano de Ação Regional na CIR, no CGSES/DF e na CIB; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, II, c)

d) elaboração dos Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes da CIR, em consonância com o Plano de Ação Regional. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, II, d)

**III - Fase da Contratualização dos Pontos de Atenção:** (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, III)

a) contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência, observadas as responsabilidades definidas para cada Componente da Rede de Atenção às Urgências no desenho regional; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, III, a)

b) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe a CIR, com apoio institucional da SES. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, III, b)

**IV - Fase da Qualificação dos Componentes:** a qualificação dos Componentes da Rede de Atenção às Urgências será definida na portaria específica de cada um dos Componentes, onde constarão as responsabilidades que deverão ser cumpridas e as ações que serão desenvolvidas; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, IV)

**V - Fase da Certificação:** a certificação será concedida pelo Ministério da Saúde aos gestores do SUS, após a etapa de qualificação dos Componentes da Rede de Atenção às Urgências, com avaliação periódica. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, V)

§ 1º O Grupo Condutor da Rede de Atenção às Urgências no Distrito Federal será composto pela Secretaria de Saúde e pela CGSES/DF, com apoio institucional do Ministério da Saúde, e terá as mesmas atribuições do Grupo Condutor Estadual, descritas no art. 175, I, alínea c. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, § 1º)

§ 2º O Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da Rede de Urgência e Emergência, assim como para o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede pelo Grupo Condutor Estadual e pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, § 2º)

§ 3º A contratualização dos Pontos de Atenção é o meio pelo qual o gestor, seja ele o Município, o Estado, o Distrito Federal ou a União, estabelece metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, com o(s) ponto(s) de atenção à saúde da Rede de Atenção às Urgências sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, § 3º)

**LIVRO IV**  
**DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**  
(Origem: PRT MS/GM 1600/2011, CAPÍTULO IV)

**Art. 176.** Os Comitês Gestores de Atenção às Urgências já existentes deverão ser mantidos e deverão ser apresentadas propostas de estruturação e funcionamento de novos Comitês nos âmbitos Estadual, Regional e Municipal nos locais onde ainda não existem. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14)

§ 1º As Secretarias Municipais de Saúde deverão constituir e coordenar Comitês Gestores Municipais da Rede de Atenção às Urgências, garantindo a adequada articulação entre os entes gestores e os executores das ações e as Secretarias Estaduais de Saúde deverão constituir e coordenar os Comitês Gestores Estaduais e os Comitês Gestores Regionais do Sistema de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 1º)

§ 2º Os Comitês Gestores da Rede de Atenção às Urgências representarão o espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias à permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências, dentro das diretrizes estabelecidas pelos Planos de Atenção às Urgências, em suas instâncias de representação institucional que permitirão que os atores envolvidos na estruturação da atenção às urgências possam discutir, avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias, subordinadas às estruturas de pactuação do SUS nos seus vários níveis. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 2º)

§ 3º Nos Comitês Gestores Estaduais da Rede de Atenção às Urgências, os indicadores deverão ser analisados segundo critérios de regionalização, buscando-se construir um quadro descritivo completo da atenção estadual às urgências, apontando aspectos positivos, dificuldades, limites e necessidades a serem enfrentadas no contexto da macro e micro regulação (regional e local). (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 3º)

§ 4º O relatório da situação da atenção estadual às urgências elaborado nos termos do art. 176, § 3º será remetido à Coordenação Geral de Urgência e Emergência, do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGUE/DAHU/SAS/MS), onde comporá a base nacional de dados relativa à atenção às urgências. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 4º)

§ 5º Fica recomendado que os Comitês Gestores Estaduais da Rede de Atenção às Urgências sejam compostos pelo Coordenador Estadual do Sistema de Atenção às Urgências, pelo COSEMS, representado por Coordenadores Municipais de Atenção às Urgências, pela Defesa Civil Estadual, representantes do Corpo de Bombeiros, da Secretaria Estadual de Segurança Pública e da Polícia Rodoviária e do Conselho Estadual de Saúde, das empresas concessionárias de rodovias, com sugestão de estudar a necessidade ou oportunidade de se incorporarem a eles representantes das Forças Armadas Brasileiras. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 5º)

§ 6º Fica recomendado que os Comitês Gestores das Redes Regionais de Atenção às Urgências, sob coordenação estadual e com fluxo operacional compatível e de acordo com a realidade regional, tenham a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º)

I - Coordenador Regional da Rede de Atenção às Urgências ou outro representante da SES que assuma tal função; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, I)

II - Coordenadores Municipais da Atenção às Urgências; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, II)

III - representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências); (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, III)

IV - representante do Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, onde essas corporações atuem na atenção às urgências; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, IV)

V - representante da Defesa Civil; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, V)

VI - representante dos gestores municipais e estadual da área de trânsito e transportes; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, VI)

VII - conforme a necessidade justificar, representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército brasileiros. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, VII)

§ 7º Fica recomendado que os Comitês Gestores das Redes Municipais de Atenção às Urgências tenham a seguinte composição mínima: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º)

I - Coordenador Municipal da Rede de Atenção às Urgências; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, I)

II - representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências); (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, II)

III - representante do Conselho Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, III)

**IV** - representante do Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, Guarda Municipal, onde essas corporações atuem na atenção às urgências; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, IV)

**V** - representante da Defesa Civil Municipal; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, V)

**VI** - representante do gestor municipal da área de trânsito; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, VI)

**VII** - conforme a necessidade justificar, representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército brasileiros. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, VIII)

**Art. 177.** Não serão cadastradas UTI do tipo II ou III ou incluídos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, que não comprovem, em seus processos de cadastramento, a criação e funcionamento de suas respectivas Comissões Intra-hospitalares de Transplantes. (Origem: PRT MS/GM 905/2000, Art. 2º)

**Parágrafo Único.** A comprovação de que trata este artigo se dará pelo envio dos atos de instituição da Comissão, devidamente chancelados pelo responsável pela CNCDO à qual o hospital esteja vinculado, anexos ao processo de cadastramento. (Origem: PRT MS/GM 905/2000, Art. 2º, § 1º)

**Art. 178.** Não serão cadastradas hospitais para realização de transplantes das classes I, II ou III que não comprovem, em seus processos de cadastramento, a criação e funcionamento de suas respectivas Comissões Intra-hospitalares de Transplantes. (Origem: PRT MS/GM 905/2000, Art. 4º)

**Art. 179.** Todos os órgãos captados e retirados deverão ser destinados à respectiva Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, que os distribuirá obedecendo às listas únicas de receptores e a legislação em vigor. (Origem: PRT MS/GM 905/2000, Art. 5º)

#### ANEXO 1 DO ANEXO III

LISTA DOS PROCEDIMENTOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Anexo 1)

Lista dos Procedimentos de Internação Hospitalar de Emergência

| CÓDIGO   | PROCEDIMENTO   |
|----------|--|
| 31000002 | Cirurgia múltipla  |
| 31002056 | Incisão e drenagem de abscesso prostático  |
| 31003044 | Extração de corpo estranho na uretra com cistoscopia   |
| 31003060 | Incisão e drenagem de abscesso da bolsa escrotal   |
| 31004040 | Incisão e drenagem de abscesso da glândula de Cowper   |
| 31005012 | Lombotomia   |
| 31005047 | Incisão e drenagem de abscesso periuretral   |
| 31006019 | Nefrectomia parcial  |
| 31006043 | Incisão e drenagem de fleimão urinoso  |
| 31006086 | Incisão e drenagem de abscesso do epidídimo  |
| 31007015 | Nefrectomia total  |
| 31008011 | Nefrolitotomia   |
| 31009034 | Cistorrafia  |
| 31010016 | Nefrorrafia  |
| 31010075 | Tratamento cirúrgico da torção do testículo ou do cordão espermático   |
| 31011101 | Tratamento cirúrgico do priapismo  |
| 31014011 | Pieloplastia   |
| 31015018 | Pielostomia  |
| 31015034 | Extração de corpo estranho da bexiga   |
| 31017045 | Uretorráfia  |
| 31020011 | Drenagem de abscesso renal ou peri-renal   |
| 31023010 | Nefrostomia percutânea   |
| 32002017 | Cardiorrafia   |
| 32004010 | Cardiotomia e pericardiotomia  |
| 32004044 | Tratamento cirúrgico do aneurisma da aorta abdominal   |
| 32005016 | Introdução de eletrodo temporário de marca passo   |
| 32005040 | Tratamento cirúrgico do aneurisma da aorta torácica com circulação extracorpórea ou circulação assistida           |
| 32006047 | Tratamento cirúrgico do aneurisma periférico arterial ou venoso  |
| 32007043 | Tratamento cirúrgico do aneurisma da aorta toráco abdominal com circulação extra corpórea pu coirculação assistida |
| 32008040 | Tromboembolectomia de extremidades   |
| 32009046 | Trombectomia ou embolectomia arterial de extremidade   |
| 32011040 | Arteriografia  |
| 32012047 | Arteriotomia exploradora de extremidades   |
| 32016042 | Bypass ou endarterectomia da carótida ou vertebral   |
| 32017049 | Bypass ou endarterectomia da carótida ou aorta ilíaca  |
| 32018045 | Bypass ou endarterectomia de ramos supra aórticos por acesso cervical ou torácico                                  |
| 32019041 | Bypass ou endarterectomia femoro poplítea  |
| 32020040 | Bypass ou endarterectomia renal  |
| 32030045 | Trombectomia venosa  |
| 32031025 | Ventriculoseptoplastia (pós infarto do miocárdio)  |
| 32031041 | Ligadura das artérias ilíacas  |
| 32032048 | Interrupção da veia cava ou filtro da veia cava  |
| 32033044 | Ligadura de ramos da aorta abdominal   |
| 32034040 | Tratamento cirúrgico da fístula artério-venosa congênita ou adquirida  |
| 32035047 | Ligadura das veias esfagianas  |
| 32038046 | Ligadura das veias cárdio-tuberositárias   |
| 32039042 | Plastia das artérias   |
| 32040040 | Ressecção do arco aórtico com enxerto  |

|          |  |
|----------|--|
| 32041047 | Ressecção da coarctação da aorta com ou sem enxerto                      |
| 32049048 | Ligadura de carótida interna e externa                                   |
| 32050046 | Enxertos arteriais   |
| 32055048 | By pass ou endarterectomia de artérias viscerais                         |
| 32057040 | Instalação de cateter venoso de média permanência totalmente implantável |
| 33002118 | Drenagem de abscesso subfrênico  |
| 33003033 | Incisão e drenagem de abscesso lingual e sublingual                      |
| 33003041 | Esofagectomia  |
| 33003092 | Pancreatotomia para drenagem   |
| 33003106 | Esplenectomia  |
| 33003114 | Hemiorrafia com ressecção intestinal (estragulada)                       |
| 33004099 | Pancreatectomia parcial  |
| 33004110 | Hemiorrafia sem ressecção intestinal (estragulada)                       |
| 33005036 | Glossorrafia   |
| 33005044 | Esofagogastrectomia  |
| 33005060 | Apendicectomia   |
| 33006059 | Gastrorrafia   |
| 33006067 | Colectomia parcial (hemicolectomia)                                      |
| 33007047 | Esofagorrafia cervical   |
| 33007055 | Gastroenteroanastomose   |
| 33007063 | Colectomia total   |
| 33007110 | Hemiorrafia diafragmática (via torácica)                                 |
| 33008043 | Esofagorrafia torácica   |
| 33008060 | Enteroanastomose (qualquer segmento)                                     |
| 33008078 | Incisão e drenagem de abscesso anal                                      |
| 33010021 | Incisão e drenagem de abscesso da parótida                               |
| 33010064 | Enterorrafia (qualquer segmento)   |
| 33010080 | Hepatectomia parcial   |
| 33010087 | Hepatotomia e drenagem de abscesso ou cisto                              |
| 33012083 | Hepatorrafia   |
| 33013071 | Tratamento cirúrgico da imperfuração membranosa do ânus                  |
| 33014043 | Esofagostomia  |
| 33014060 | Tratamento cirúrgico da má rotação intestinal                            |
| 33014078 | Tratamento cirúrgico do prolapso anal mucoso                             |
| 33014116 | Hemiorrafia recidivante  |
| 33015066 | Jejunostomia   |
| 33016046 | Tratamento cirúrgico de varizes esofagianas                              |
| 33016119 | Laparotomia exploradora  |
| 33021066 | Enterectomia   |
| 33022119 | Ressutura da parede abdominal (por deiscência total ou evisceração)      |
| 33023069 | Colostomia   |
| 33023077 | Incisão e drenagem de abscesso isquiorretal                              |
| 33025061 | Redução cirúrgica de volvo por laparotomia                               |
| 33026076 | Retirada de fecaloma   |
| 33027064 | Ileostomias  |
| 33027072 | Tratamento cirúrgico da trombose hemorroidária externa                   |
| 33028079 | Tratamento cirúrgico do íleo meconial                                    |
| 33028117 | Laparotomia videolaparoscópica para drenagem para drenagem e/ou biópsia  |
| 33029075 | Tratamento cirúrgico da peritonite meconial                              |
| 33029113 | Drenagem de hematoma ou abscesso retro retal                             |
| 33030111 | Drenagem de hematoma ou abscesso pre-peritoneal                          |
| 33032114 | Drenagem de abscesso pélvico   |
| 33034060 | Colorrafia por via abdominal   |
| 33040060 | Excisão e drenagem de abscesso sub mucoso de reto                        |
| 33041067 | Proctoplastia e proctorrafia por via perineal                            |
| 33044066 | Apendicectomia videolaparoscópica  |
| 33044074 | Tratamento cirúrgico da atresia congênita ânus retal                     |
| 33045070 | Tratamento cirúrgico de outras anomalias congênitas ânus-retal           |
| 34011013 | Episioperineorrafia não obstétrica                                       |
| 34020039 | Curetagem uterina por mola hidatiforme                                   |
| 35011017 | Histerectomia puerperal  |
| 35016019 | Redução manual inversão uterina aguda pós-parto                          |
| 35018011 | Cerclagem de colo uterino  |
| 35019018 | Sutura de lacerações do trajeto pélvico                                  |
| 36001066 | Sutura de esclera  |
| 36002038 | Retirada de corpo estranho da câmara anterior do olho                    |
| 36002054 | Retirada de corpo estranho intravítreo                                   |
| 36003018 | Sutura de conjuntiva   |
| 36010090 | Drenagem de abscesso palpebral   |
| 36013099 | Sutura de pálpebra   |
| 37001019 | Antrotomia da mastoide (drenagem de otite no lactente)                   |

|          |  |
|----------|--|
| 37001035 | Incisão e drenagem de abscesso periamigdaliano                                 |
| 37003054 | Retirada de corpo estranho na intimidade dos ossos da face                     |
| 37006037 | Drenagem de abscesso faríngeo  |
| 37006053 | Redução cirúrgica do afundamento do malar, sem fixação                         |
| 37007050 | Redução cirúrgica do afundamento do malar, com fixação                         |
| 37011057 | Redução cirúrgica da fratura dos ossos próprios do nariz                       |
| 37012045 | Laringorrafia  |
| 37014056 | Redução incruenta do afundamento da apófise zigomática                         |
| 37015052 | Redução incruenta do maxilar   |
| 37016059 | Redução incruenta da luxação temporo-mandibular                                |
| 37025058 | Tratamento conservador da fratura dos ossos da face                            |
| 37026054 | Tratamento conservador da fratura dos ossos próprios do nariz                  |
| 38001144 | Pequeno queimado   |
| 38003147 | Médio queimado   |
| 38007142 | Grande queimado  |
| 38008017 | Excisão e drenagem de tumor (abscesso e panarício)                             |
| 38011018 | Sutura de ferida com ou sem debridamento                                       |
| 38014017 | Incisão e drenagem de fleimão  |
| 38018012 | Debridamento da fascíte necrotizante   |
| 38025019 | Perda de substância cutânea – lesões extensas planos superficial               |
| 38027011 | Escalpo parcial  |
| 38028018 | Escalpo total  |
| 39000001 | Politraumatizado   |
| 39001032 | Redução cirúrgica da fratura da costela  |
| 39001083 | Amputação de antebraço   |
| 39001105 | Amputação ao nível dos metacarpianos   |
| 39001164 | Amputação ao nível do tornozelo  |
| 39001202 | Retirada de corpo estranho intra-articular                                     |
| 39001229 | Tração contínua trans-esquelética  |
| 39002039 | Redução cirúrgica da fratura do esterno  |
| 39002209 | Retirada de corpo estranho intra muscular                                      |
| 39003108 | Amputação do dedo (cada)   |
| 39003159 | Amputação da perna   |
| 39003205 | Retirada de corpo estranho intra- ósseo  |
| 39003256 | Tratamento conservador da fratura do pé com bota gessada com ou sem salto      |
| 39004031 | Tratamento conservador de fratura da costela                                   |
| 39004040 | Tratamento cirúrgico da avulsão do supra espinhoso                             |
| 39005038 | Tratamento conservador de fratura do esterno                                   |
| 39005054 | Desarticulação da articulação escápulo umeral                                  |
| 39005062 | Amputação ao nível do braço  |
| 39006042 | Redução cirúrgica da fratura da clavícula                                      |
| 39006123 | Desarticulação da articulação coxo femural                                     |
| 39006140 | Desarticulação da articulação do joelho  |
| 39006182 | Drenagem de abscesso do psoas  |
| 39007049 | Redução cirúrgica da fratura do colo e cavidade glenoide do omoplata           |
| 39007081 | Ressecção da cabeça do rádio   |
| 39007090 | Ressecção do(s) osso(s) do carpo   |
| 39007138 | Tratamento cirúrgico do deslocamento epifisiário extremidade superior do femur |
| 39008045 | Redução cirúrgica da luxação acrômio clavicular                                |
| 39008096 | Redução cirúrgica da(s) fratura(s) do(s) osso(s) do carpo                      |
| 39008142 | Patelectomia   |
| 39009041 | Redução cirúrgica da luxação esterno clavicular                                |
| 39009050 | Redução incruenta da luxação traumática da articulação escápulo-umeral         |
| 39009068 | Redução cirúrgica da fratura da diáfase do úmero                               |
| 39009084 | Redução cirúrgica do deslocamento epifisiário dos ossos do antebraço           |
| 39009092 | Redução cirúrgica da luxação do(s) osso(s) do carpo                            |
| 39009114 | Redução cirúrgica da fratura ao nível da pelve, com fixação                    |
| 39009122 | Redução cirúrgica da luxação coxo femural                                      |
| 39009130 | Redução cirúrgica da fratura da diáfise do femur                               |
| 39010058 | Luxação traumática escápulo umeral (cruenta)                                   |
| 39010120 | Redução cirúrgica da luxação coxo femoral (congenita)                          |
| 39011054 | Tratamento conservador da artrite piogênica escápulo umeral                    |
| 39011062 | Redução cirúrgica da fratura da extremidade superior do úmero com fixação      |
| 39011097 | Redução incruenta da(s) fratura(s) do osso(s) do punho                         |
| 39011127 | Redução cirúrgica da luxação coxo femural (traumática)                         |
| 39011135 | Redução cirúrgica de fratura da extremidade do fêmur                           |
| 39011151 | Redução cirúrgica da diáfise da tibia, com fixação                             |
| 39011160 | Redução cirúrgica da fratura do tornozelo, com fixação                         |
| 39012050 | Tratamento cirúrgico da artrite piogênica escapulo umeral                      |
| 39012093 | Redução incruenta da luxação de osso(s) do carpo                               |
| 39012115 | Redução incruenta da disjunção ao nível da pelve                               |

|          |   |
|----------|---|
| 39012123 | Redução incruenta da luxação coxo femoral (central)   |
| 39013022 | Retirada de corpo estranho da coluna  |
| 39013049 | Redução incruenta da luxação acrômio-clavicular   |
| 39013065 | Redução cirúrgica da fratura em T ou Y da extremidade inferior                                    |
| 39013073 | Redução cirúrgica da fratura dos ossos do cotovelo com fixação                                    |
| 39013081 | Redução cirúrgica da fratura dos ossos do antebraço com fixação                                   |
| 39013090 | Tratamento conservador da fratura do(s) osso(s) do carpo  |
| 39013090 | Tratamento conservador da fratura do(s) osso(s) do carpo  |
| 39013111 | Redução incruenta da fratura ao nível da pelve  |
| 39013120 | Redução incruenta da luxação congênita coxo femoral com ou sem tração                             |
| 39013138 | Redução cirúrgica da fratura transtrocanteriana   |
| 39013146 | Redução cirúrgica da fratura do joelho, com fixação   |
| 39013162 | Redução cirúrgica da fratura – luxação do tornozelo   |
| 39013251 | Tipo Velpeau (tóraco braquial)  |
| 39014045 | Redução incruenta da luxação externo-clavicular   |
| 39014070 | Redução cirúrgica da luxação do cotovelo  |
| 39014088 | Redução cirúrgica da fratura do cúbito, com fixação   |
| 39014126 | Redução incruenta da luxação coxo femoral (traumática)  |
| 39014142 | Redução cirúrgica da luxação do joelho  |
| 39014177 | Redução cirúrgica da fratura do(s) Redução cirúrgica da fratura do(s) metatarsiano(s) com fixação |
| 39015068 | Redução cirúrgica da fratura supra-condiliana do úmero com fixação                                |
| 39015076 | Redução incruenta da luxação do cotovelo  |
| 39015122 | Tratamento conservador da fratura do acetábulo  |
| 39015149 | Tratamento cirúrgico da luxação recidivante da rotula   |
| 39015157 | Tratamento cirúrgico do deslocamento epifisiário (extremidade inferior da tibia)                  |
| 39015165 | Redução incruenta da fratura do tornozelo   |
| 39015173 | Redução cirúrgica da fratura do tarso   |
| 39015254 | Tratamento conservador da fratura da bacia com aparelho pelvi-podálico                            |
| 39016021 | Redução cirúrgica da luxação da coluna  |
| 39016048 | Tratamento conservador de fratura da clavícula  |
| 39016080 | Redução cirúrgica da fratura do rádio, com fixação  |
| 39016102 | Redução cirúrgica da fratura de Bennet  |
| 39016110 | Tratamento cirúrgico de fratura do sacro  |
| 39016145 | Tratamento cirúrgico da rotura do ligamento do joelho   |
| 39016161 | Redução incruenta da fratura luxação do tornozelo   |
| 39017044 | Tratamento conservador de fratura da escápula   |
| 39017079 | Tratamento conservador da fratura ao nível do cotovelo  |
| 39017087 | Redução cirúrgica de fratura luxação de Monteggia   |
| 39017095 | Tratamento cirúrgico da artrite piogênica do punho  |
| 39017117 | Tratamento conservador de fratura ao nível da pelve   |
| 39017125 | Redução cruenta da fratura do acetábulo   |
| 39017133 | Redução incruenta da extremidade inferior do fêmur  |
| 39017141 | Tratamento cirúrgico da rotura dos meniscos   |
| 39017150 | Redução incruenta do deslocamento epifisiário (extremidade inferior da Tibia)                     |
| 39017168 | Redução incruenta da luxação do tornozelo   |
| 39017176 | Redução cirúrgica da fratura do(s) pododáctilo(s)   |
| 39018024 | Redução incruenta da fratura da coluna  |
| 39018040 | Tratamento conservador da fratura do colo e cavidade glenoide                                     |
| 39018067 | Redução incruenta da fratura da extremidade superior do úmero                                     |
| 39018075 | Tratamento conservador da artrite piogênica do cotovelo   |
| 39018105 | Redução cirúrgica de fratura das falanges, com fixação  |
| 39018113 | Tratamento conservador da fratura ao nível da pelve sem aparelho                                  |
| 39018130 | Redução incruenta da fratura e deslocamento epifisiário do fêmur                                  |
| 39018148 | Redução incruenta da fratura do joelho  |
| 39019020 | Redução incruenta da luxação da coluna  |
| 39019063 | Redução incruenta da fratura da diáfise do úmero  |
| 39019071 | Tratamento cirúrgico da artrite piogênica do cotovelo   |
| 39019128 | Tratamento conservador da artrite piogênica coxo femoral  |
| 39019136 | Redução incruenta da fratura da diáfise do fêmur  |
| 39019144 | Redução incruenta da luxação do joelho  |
| 39019152 | Redução incruenta da fratura da tibia   |
| 39019160 | Tratamento conservador da fratura do tornozelo  |
| 39019179 | Redução cirúrgica da luxação do(s) metatarsiano(s)  |
| 39019250 | Pescoço ( torcicolo ) aparelho gessado  |
| 39020029 | Tratamento conservador da fratura da coluna, com aparelho   |
| 39020061 | Redução incruenta da fratura supracondilianas do úmero  |
| 39020100 | Redução cirúrgica da fratura dos metacarpianos com fixação  |
| 39020126 | Tratamento cirúrgico da artrite piogênica coxo femoral  |
| 39020134 | Redução incruenta da fratura do colo do fêmur   |
| 39020142 | Tratamento conservador da fratura do joelho   |
| 39020169 | Tratamento cirúrgico da lesão dos ligamentos do tornozelo   |

|          |   |
|----------|---|
| 39020177 | Redução cirúrgica da luxação do tarso   |
| 39021025 | Tratamento conservador da fratura da coluna, sem aparelho                             |
| 39021084 | Redução incruenta do deslocamento epifisiário dos ossos do antebraço                  |
| 39021130 | Redução incruenta da fratura transtrocanteriana                                       |
| 39021149 | Tratamento conservador da rotura do ligamentos do joelho                              |
| 39021157 | Tratamento conservador da fratura do perônio  |
| 39021165 | Tratamento conservador da artrite piogênica do tornozelo                              |
| 39021173 | Redução cirúrgica da luxação do(s) pododáctilo(s)                                     |
| 39022021 | Tratamento conservador da fratura das apófises transversas e espinhosas               |
| 39022080 | Redução incruenta das fraturas do cúbito  |
| 39022102 | Redução cirúrgica da luxação das falanges   |
| 39022153 | Tratamento conservador da fratura da tibia  |
| 39023060 | Tratamento conservador da fratura da diáfise do úmero                                 |
| 39023087 | Redução incruenta da fratura do rádio   |
| 39023109 | Redução cirúrgica da luxação dos metacarpianos  |
| 39023150 | Tratamento conservador da fratura da tibia e perônio                                  |
| 39024067 | Tratamento conservador da fratura da extremidade superior do úmero                    |
| 39024083 | Redução incruenta da fratura dos ossos do antebraço                                   |
| 39024130 | Tratamento conservador da fratura da diáfise do fêmur                                 |
| 39025020 | Redução incruenta de luxação do cóccix  |
| 39025080 | Redução incruenta da fratura luxação de Monteggia                                     |
| 39025136 | Tratamento conservador da fratura da extremidade inferior do fêmur com aparelho       |
| 39025179 | Redução incruenta da fratura do(s) metatarsiano(s)                                    |
| 39026086 | Tratamento conservador da(s) fratura(s) de um ou dois ossos do antebraço              |
| 39026108 | Redução incruenta da fratura de Bennet  |
| 39026132 | Tratamento conservador fratura ao nível da extremidade superior do fêmur com aparelho |
| 39026175 | Redução incruenta de fratura do(s) osso(s) do tarso                                   |
| 39027104 | Redução incruenta de fratura do(s) metacarpiano(s)                                    |
| 39027139 | Tratamento conservador da fratura da extremidade superior do fêmur sem aparelho       |
| 39027171 | Redução incruenta de fratura do(s) pododactilo(s)                                     |
| 39028100 | Redução incruenta da luxação da(s) falange(s)   |
| 39028178 | Redução incruenta da luxação do(s) metatarsiano(s)                                    |
| 39029107 | Redução incruenta da luxação do(s) metacarpiano(s)                                    |
| 39029131 | Tratamento conservador da avulsão do grande trocanter                                 |
| 39029174 | Redução incruenta da luxação do(s) osso(s) do tarso                                   |
| 39030130 | Tratamento cirúrgico da avulsão do grande trocanter                                   |
| 39030172 | Redução incruenta da luxação do(s) pododactilo(s)                                     |
| 39031101 | Tratamento conservador da fratura da(s) falange(s)                                    |
| 39031136 | Tratamento conservador da avulsão do pequeno trocanter                                |
| 39031179 | Tratamento conservador da fratura do(s) metatarsiano(s)                               |
| 39032108 | Tratamento conservador da fratura do(s) metacarpiano (s)                              |
| 39032132 | Tratamento cirúrgico do deslocamento da epífise femoral superior (epifisiólise)       |
| 39032175 | Tratamento conservador da fratura do(s) osso(s) do pé                                 |
| 39033104 | Tratamento conservador da osteomielite aguda dos ossos da mão                         |
| 39033171 | Tratamento conservador da fratura do(s) pododactilo(s)                                |
| 39033171 | Tratamento conservador da fratura do(s) pododactilo(s)                                |
| 39034100 | Redução incruenta da fratura da(s) falange(s)   |
| 39038173 | Tratamento conservador da fratura do astrágalo  |
| 39039170 | Tratamento conservador da fratura do calcâneo   |
| 40003035 | Laminectomia descompressiva   |
| 40004015 | Craniotomia descompressiva  |
| 40004031 | Laminectomia para abscesso extradural   |
| 40006034 | Laminectomia para lesão traumática meningo-medular                                    |
| 40007014 | Craniotomia para remoção de corpo estranho intracraniano                              |
| 40008045 | Neurorrafia múltipla  |
| 40009017 | Craniotomia para abscesso cerebral  |
| 40009041 | Neurorrafia única   |
| 40013049 | Microcirurgia de nervos periféricos   |
| 40038017 | Tratamento cirúrgico do hematoma subdural   |
| 40039013 | Tratamento cirúrgico do hematoma extradural   |
| 40040011 | Tratamento cirúrgico do hematoma intracerebral  |
| 40046010 | Tratamento cirúrgico da fratura da abóbada craniana sem lesão encefálica              |
| 40047016 | Trépano punção e drenagem de abscesso cerebral  |
| 40055019 | Tratamento cirúrgico do afundamento do seio frontal                                   |
| 40060012 | Trepanação craniana para propeidética neurocirúrgica                                  |
| 42001056 | Mediastinotomia para drenagem   |
| 42002036 | Traqueoscopia e retirada de corpo estranho  |
| 42002052 | Mediastinotomia exploradora trans-external  |
| 42003075 | Incisão e drenagem de abscesso da mama  |
| 42004039 | Traqueotomia (inclusive curativos)  |
| 42006015 | Pneumotomia com ressecção costal para drenagem cavitária de abscesso pulmonar         |



|          |   |
|----------|---|
| 42006066 | Toracoplastia (qualquer técnica)  |
| 42007011 | Pneumotomia com retirada de corpo estranho  |
| 42007062 | Toracotomia exploradora   |
| 42008069 | Toracotomia com drenagem fechada  |
| 42013011 | Sutura pulmonar com pleurodese  |
| 44001053 | Redução incruenta da fratura unilateral da mandíbula                                  |
| 44002050 | Redução incruenta da fratura bilateral da mandíbula                                   |
| 44003056 | Redução cruenta da fratura unilateral da mandíbula                                    |
| 44004044 | Excisão e sutura de lesão da boca   |
| 44004052 | Redução cruenta da fratura bilateral da mandíbula                                     |
| 44005059 | Redução cruenta da fratura cominutiva da mandíbula                                    |
| 44007051 | Redução incruenta da fratura do maxilar superior – Le Fort II                         |
| 44008058 | Redução incruenta da fratura do maxilar superior – Le Fort III                        |
| 44009054 | Redução cruenta da fratura do maxilar superior Le Fort III, com aparelho de contenção |
| 44010052 | Redução cruenta da fratura do maxilar superior – Le Fort III                          |
| 44011040 | Incisão e drenagem de abscesso da boca  |
| 44011059 | Redução incruenta da fratura do malar com aparelho de contenção                       |
| 44012055 | Redução cruenta fratura do malar com aparelho de contenção                            |
| 44013051 | Redução incruenta da(s) fratura(s) alvéolo dentária(s) unilateral                     |
| 44014058 | Redução incruenta da(s) fratura(s) alvéolo dentária(s) bilateral                      |
| 44015054 | Redução cruenta da(s) fratura(s) alvéolo dentária(s)                                  |
| 69000018 | Infecção do aparelho genital durante gravidez   |
| 69000026 | Mastite   |
| 69000034 | Infecção da parede abdominal pós-cesariana  |
| 69000042 | Peritonite pós-cesariana  |
| 69000085 | Hiperemese gravídica (forma grave)  |
| 69000123 | Rotura prematura da membranas   |
| 69000131 | Gravidez molar sem parto  |
| 71300015 | Prematuridade   |
| 71300023 | Tocotraumatismos  |
| 71300031 | Anoxia perinatal grave  |
| 71300040 | Doença hemorrágica do recém nascido   |
| 71300058 | Síndrome da A. P. I do Recém Nascido (membrana hialina)                               |
| 71300066 | Pneumopatas agudas  |
| 71300074 | Doenças hemolíticas perinatais.   |
| 71300082 | Ictéricas neonatais   |
| 71300090 | Infecções perinatais  |
| 71300112 | Outras afecções do recém – nascido  |
| 72300019 | Desidratação aguda (pediatria)  |
| 72500018 | Desidratação aguda (clínica médica)   |
| 73300055 | Síndrome disabsortiva (pediatria)   |
| 73300063 | Mucoviscidose ( pediatria )   |
| 73500038 | Síndrome disabsortiva (clínica médica)  |
| 74300016 | Cólera ( pediatria)   |
| 74300024 | Febre tifóide e outras salmoneloses ( pediatria)                                      |
| 74300067 | Gangrena gasosa (pediatria)   |
| 74300075 | Peste (pediatria)   |
| 74300075 | Peste (pediatria)   |
| 74300083 | Brucelose (pediatria)   |
| 74000091 | Listeriose (pediatria)  |
| 74300105 | Difteria (pediatria)  |
| 74300113 | Meningite purulenta (pediatria)   |
| 74300121 | Tétano (pediatria)  |
| 74300130 | Coqueluche (pediatria)  |
| 74300180 | Bouba (pediatria)   |
| 74300199 | Leptospirose (pediatria)  |
| 74300229 | Estreptococcias ( pediatria )   |
| 74300237 | Estafilococcias (pediatria)   |
| 74300245 | Infecção por bacilo piocênico (pediatria )  |
| 74300253 | Infecções meningocócicas (pediatria)  |
| 74300270 | Entero infecções (pediatria )   |
| 74300288 | Intoxicação alimentar (pediatria )  |
| 74300296 | Meningoencefalite a vírus (pediatria )  |
| 74300318 | Sarampo (pediatria )  |
| 74300326 | Caxumba (pediatria)   |
| 74300334 | Mononucleose (pediatria)  |
| 74300342 | Febre amarela (pediatria)   |
| 74300350 | Hepatite infecciosa (pediatria)   |
| 74300369 | Raiva (pediatria )  |
| 74300440 | Dengue ( pediatria)   |
| 74500015 | Cólera ( clínica médica)  |

|          |  |
|----------|--|
| 74500023 | Febre tifóide e outras salmoneloses (clínica médica) |
| 74500066 | Gangrena gasosa (clínica médica)                     |
| 74500074 | Peste (clínica médica)                               |
| 74500082 | Brucelose (clínica médica)                           |
| 74500090 | Listeriose (clínica médica)                          |
| 74500104 | Difteria (clínica médica)                            |
| 74500112 | Tétano (clínica médica)                              |
| 74500163 | Bouba (clínica médica)                               |
| 74500171 | Leptospirose (clínica médica)                        |
| 74500201 | Estreptocóccias (clínica médica)                     |
| 74500210 | Estafilocóccias (clínica médica)                     |
| 74500228 | Infecção por bacilo piocianico (clínica médica)      |
| 74500236 | Doença meningocócica (clínica médica)                |
| 74500244 | Septicemia (clínica médica)                          |
| 74500252 | Entero infecções (clínica médica)                    |
| 74500260 | Intoxicação alimentar (clínica médica)               |
| 74500279 | Meningoencefalite bacteriana (clínica médica)        |
| 74500287 | Meningoencefalite viral (clínica médica)             |
| 74500317 | Febre amarela (clínica médica)                       |
| 74500325 | Hepatite infecciosa (clínica médica)                 |
| 74500333 | Raiva (clínica médica)                               |
| 74500376 | Esquistossomose (clínica médica)                     |
| 74500414 | Meningite por fungos e outras                        |
| 74500430 | Hanseníase (clínica médica)                          |
| 74500457 | Dengue (clínica médica)                              |
| 75300028 | Afecções esofagianas                                 |
| 75300036 | Abscesso hepático                                    |
| 75300052 | Gastrite e duodenite                                 |
| 75300060 | Obstrução intestinal                                 |
| 75300079 | Íleo paralítico                                      |
| 75300087 | Colite ulcerativa ou cólon irritável                 |
| 75300095 | Peritonite   |
| 75300109 | Abscesso intestinal                                  |
| 75300117 | Linfadenite aguda mesentérica                        |
| 75300125 | Colecistite aguda                                    |
| 75300133 | Pancreatite  |
| 75300141 | Megacolon  |
| 75300150 | Diverticulite  |
| 75300176 | Hemorragias digestivas                               |
| 75500019 | Afecções esofagianas                                 |
| 75500027 | Úlcera péptica                                       |
| 75500035 | Gastrite e duodenite                                 |
| 75500094 | Obstrução intestinal                                 |
| 75500124 | Hemorragias digestivas                               |
| 75500132 | Peritonite   |
| 75500159 | Linfadenite aguda mesentérica                        |
| 75500175 | Atrofia amarela aguda do fígado                      |
| 75500183 | Hepatite aguda ou subaguda não infecciosa            |
| 75500191 | Insuficiência hepática aguda                         |
| 75500230 | Colangite  |
| 75500248 | Abscesso hepático                                    |
| 75500256 | Coma hepático  |
| 75500272 | Colecistite aguda                                    |
| 75500299 | Afecções pancreáticas                                |
| 76300021 | Laringotraqueobronquite                              |
| 76300030 | Abscesso retrofaríngeo ou periamigdaliano            |
| 76300056 | Bronquiolite aguda                                   |
| 76300064 | Pneumonia estafilocócica                             |
| 76300072 | Outras pneumonias                                    |
| 76300080 | Broncopneumonias                                     |
| 76300110 | Pneumotórax  |
| 76300129 | Abscesso pulmonar                                    |
| 76300153 | Broncoquiectasia                                     |
| 76300161 | Hemorragias das vias respiratórias                   |
| 76300170 | Sarcoidose   |
| 76300188 | Insuficiência respiratória aguda                     |
| 76400077 | Pneumonia do lactente                                |
| 76400085 | Broncopneumonia em lactente                          |
| 76400271 | Entero infecções em lactente                         |
| 76500012 | Laringotraqueobronquite                              |
| 76500020 | Abscesso retrofaríngeo ou periamigdaliano            |

|          |  |
|----------|--|
| 76500039 | Pneumonia a vírus                                |
| 76500047 | Pneumonia bacteriana                             |
| 76500055 | Pneumonia estafilocócica                         |
| 76500063 | Pneumonia não especificada                       |
| 76500071 | Broncopneumonia                                  |
| 76500110 | Cor pulmonale descompensado                      |
| 76500136 | Pneumotórax                                      |
| 76500144 | Abscesso pulmonar                                |
| 76500179 | Micoses pulmonares                               |
| 76500187 | Bronquiectasia                                   |
| 76500195 | Hemorragias das vias respiratórias               |
| 76500217 | Sarcoidose                                       |
| 76500241 | Mucoviscidose                                    |
| 77300017 | Doença reumática com comprometimento cardíaco    |
| 77300025 | Miocardite                                       |
| 77300033 | Endocardite bacteriana aguda e sub aguda         |
| 77300041 | Pericardite aguda                                |
| 77300050 | Insuficiência cardíaca                           |
| 77300068 | Crise hipertensiva                               |
| 77300076 | Encefalopatia hipertensiva                       |
| 77300084 | Hipertensão maligna                              |
| 77300106 | Aneurisma arterial complicado                    |
| 77300114 | Vasculopatia periférica                          |
| 77300122 | Embolias ou enfartes pulmonares                  |
| 77300130 | Cardiopatía congênita com insuficiência cardíaca |
| 77300149 | Edema agudo de pulmão                            |
| 77300165 | Outras vasculopatias                             |
| 77500016 | Doença reumática com comprometimento cardíaco    |
| 77500024 | Infarto agudo do miocárdio                       |
| 77500032 | Insuficiência coronariana aguda                  |
| 77500067 | Endocardite bacteriana aguda e subaguda          |
| 77500083 | Pericardite aguda                                |
| 77500091 | Hemopericárdio                                   |
| 77500105 | Aneurisma arterial complicado                    |
| 77500113 | Insuficiência cardíaca                           |
| 77500121 | Crise hipertensiva                               |
| 77500130 | Hipertensão maligna                              |
| 77500148 | Cardiopatía congênita com insuficiência cardíaca |
| 77500156 | Embolias ou enfartes pulmonares                  |
| 77500164 | Edema agudo de pulmão                            |
| 77500199 | Choque por cardiopatia                           |
| 77500202 | Vasculopatia periférica                          |
| 77500229 | Miocardite                                       |
| 77500237 | Tromboflebite profundas                          |
| 80300014 | Síndrome nefrótica                               |
| 80300022 | Síndrome nefrítica                               |
| 80300057 | Insuficiência renal aguda                        |
| 80300065 | Hipertensão nefrótica e renovascular             |
| 80300073 | Pielonefrite                                     |
| 80300081 | Nefropatias intersticiais                        |
| 80300090 | Abscesso renal                                   |
| 80300103 | Retenção e obstrução urinária                    |
| 80300111 | Cólica nefrética                                 |
| 80300120 | Nefropatias metabólicas                          |
| 80300138 | Nefropatias congênitas doenças císticas          |
| 80300146 | Hidronefrose e piodrose                          |
| 80300154 | Insuficiência renal crônica acidose metabólica   |
| 80300189 | Desequilíbrio por diálise                        |
| 80500013 | Síndrome nefrótica                               |
| 80500021 | Síndrome nefrítica                               |
| 80500030 | Glomerulonefrite crônica agudizada               |
| 80500056 | Insuficiência renal aguda                        |
| 80500064 | Hipertensão nefrótica e renovascular             |
| 80500072 | Pielonefrite                                     |
| 80500080 | Nefropatias intersticiais                        |
| 80500099 | Abscesso renal                                   |
| 80500102 | Retenção e obstrução urinária                    |
| 80500110 | Cólica nefrética                                 |
| 80500129 | Nefropatias metabólicas                          |
| 80500137 | Nefropatias congênitas doenças císticas          |
| 80500145 | Hidronefrose e piodrose                          |

|          |   |
|----------|---|
| 80500161 | Anexite aguda   |
| 80500170 | Insuficiência renal crônica acidose metabólica                                  |
| 80500200 | Desequilíbrio pós diálise   |
| 80500218 | Outras afecções do aparelho gênito urinário                                     |
| 81300026 | Hematoma subdural   |
| 81300034 | Abscesso cerebral   |
| 81300042 | Epilepsias  |
| 81300050 | Coréia aguda  |
| 81300140 | Processos toxi infecciosos do cérebro e da medula                               |
| 81500025 | Hematoma subdural   |
| 81500033 | Abscesso cerebral   |
| 81500076 | Epilepsias  |
| 81500084 | Coréia aguda  |
| 81500106 | AVC agudo   |
| 81500114 | Polirradiculite e polineuropatia  |
| 81500149 | Processos toxi infecciosos do cérebro e da medula                               |
| 82300011 | Disfunção tireodiana  |
| 82300020 | Tireo toxicose  |
| 82300038 | Diabetes insípido   |
| 82300046 | Diabetes sacarino   |
| 82500010 | Disfunção tireoidiana   |
| 82500029 | Tireo toxicose  |
| 82500037 | Tireoidite  |
| 82500045 | Diabetes insípido   |
| 82500053 | Diabetes sacarino   |
| 83300031 | Osteomielite aguda  |
| 83500030 | Osteomielite aguda  |
| 86300016 | Choque anafilático  |
| 86300040 | Outras doenças alérgicas  |
| 86500015 | Choque anafilático  |
| 88300048 | Anomalia congênita do coração e aparelho circulatório                           |
| 88300129 | Doença de Hirschsprung  |
| 88300234 | Outras anomalias da pele, fâneros e sistema linfático                           |
| 89300017 | Intoxicação por medicamentos  |
| 89300025 | Intoxicação por derivados de petróleo   |
| 89300033 | Intoxicação por inseticida, fertilizante e adubo                                |
| 89300041 | Envenenamento, intoxicação por outras substâncias químicas                      |
| 89300050 | Intoxicação por álcool  |
| 89300068 | Intoxicação por alimentos ou plantas  |
| 89300076 | Intoxicação por gases ou vapores  |
| 89300084 | Outras intoxicações e envenenamento   |
| 89500016 | Intoxicações por medicamentos   |
| 89500024 | Intoxicação por derivados de petróleo   |
| 89500032 | Intoxicação por inseticida, fertilizante ou adubo                               |
| 89500040 | Envenenamento e intoxicação   |
| 89500059 | Intoxicação por álcool  |
| 89500067 | Intoxicação por alimentos ou plantas  |
| 89500075 | Intoxicação por gases ou vapores  |
| 90300041 | Acidente por afogamento   |
| 90300050 | Acidente por mordedura de rato  |
| 90300068 | Acidente causado por outros animais   |
| 90300076 | Acidente por picada de animais peçonhentos                                      |
| 90300084 | Acidente por descarga elétrica  |
| 90300092 | Acidente por agentes naturais e ambientais não especificados                    |
| 90300106 | Acidente por aspiração ou ingestão de alimento ou objeto que provoque obstrução |
| 90300114 | Acidente por sufocação mecânica   |
| 90300122 | Acidente por penetração de corpo estranho em orifícios naturais                 |
| 90300130 | Acidente por material explosivo   |
| 90300149 | Acidente por arma de fogo   |
| 90300157 | Acidente por instrumento cortante ou penetrante                                 |
| 90300165 | Acidente por substância corrosiva   |
| 90300173 | Acidente por queda  |
| 90500040 | Acidente por afogamento   |
| 90500059 | Acidente por mordedura de animais   |
| 90500067 | Acidente por picada de animais peçonhentos                                      |
| 90500075 | Acidente por descarga elétrica  |
| 90500083 | Acidente por agentes naturais e ambientais não especificados                    |
| 90500091 | Acidente por aspiração ou ingestão de alimento ou objeto que provoque obstrução |
| 90500105 | Acidente por sufocação mecânica   |
| 90500113 | Acidente por penetração de corpo estranho em orifícios naturais                 |
| 90500121 | Acidente por material explosivo   |

|          |   |
|----------|---|
| 90500130 | Acidente por arma de fogo                                       |
| 90500148 | Acidente por instrumento cortante ou penetrante                 |
| 90500156 | Acidente por substância corrosiva                               |
| 90500164 | Acidente por queda  |
| 91300010 | Luxação e ferimentos com grave comprometimento orgânico         |
| 91300029 | Fraturas do crânio  |
| 91300037 | Fratura da coluna vertebral com lesão da medula espinhal        |
| 91300045 | Fraturas das costelas e esterno                                 |
| 91300053 | Fratura dos ossos da bacia                                      |
| 91300061 | Tratamento clínico do traumatismo crânioencefálico              |
| 91300070 | Tratamento clínico dos traumatismos internos com lesão visceral |
| 91300088 | Politraumatismos  |
| 91300096 | Lacerações e ferimentos de localização diversas                 |
| 91300100 | Lesões superficiais infectadas                                  |
| 91300150 | Tratamento clínico da contusão cerebral                         |
| 91500010 | Luxações e ferimentos com grave comprometimento orgânico        |
| 91500028 | Fraturas do crânio  |
| 91500036 | Fraturas da coluna vertebral                                    |
| 91500044 | Fratura da coluna vertebral com lesões de medula espinhal       |
| 91500052 | Fraturas das costelas e esterno                                 |
| 91500060 | Fraturas dos ossos da bacia                                     |
| 91500079 | Tratamento clínico do traumatismo crânioencefálico              |
| 91500087 | Tratamento clínico dos traumatismos internos com lesão visceral |
| 91500109 | Lacerações e ferimentos de localizações diversas                |
| 91500117 | Lacerações e ferimentos com amputação traumática                |
| 91500141 | Complicações de procedimentos cirúrgicos ou médicos             |
| 91500150 | Tratamento clínico da contusão cerebral                         |

**ANEXO 2 DO ANEXO III**

TIPOLOGIA DOS HOSPITAIS DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E PROPOSTA DE INCENTIVO FINANCEIRO (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Anexo 2)

TIPOLOGIA DOS HOSPITAIS DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E PROPOSTA DE INCENTIVO FINANCEIRO

| Portas de Entrada           |   |  |  |
|-----------------------------|---|--|--|
| Tipologia                   | Hospital Especializado Tipo II  | Hospital Especializado Tipo I  | Hospital Geral   |
| Critérios de habilitação    | Hospital de referência que atenda no mínimo a uma macrorregião, obedecendo aos critérios estabelecidos neste documento e deve ser referência para uma cobertura populacional a partir de 501 mil habitantes.<br>Deve possuir, no mínimo, dois serviços de referência, habilitados em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia, traumatologia, ortopedia, cardiologia/cardiovascular, ou como referência para pediatria. | Hospital de referência para uma ou mais regiões de Saúde conforme PDR.<br>Com uma cobertura populacional de 201 mil a 500 mil habitantes.<br>Deve possuir, no mínimo, um serviço de referência, habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia e/ou traumatologia e/ou cardiologia/cardiovascular ou como referência para pediatria. | Hospital de referência para, no mínimo, uma Região de Saúde conforme Plano Diretor Regional (PDR).<br>Com cobertura populacional de até 200 mil habitantes.<br>São estabelecimentos que possuem estrutura para realizar ações de média complexidade. |
| Recursos Humanos            | Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.  | Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.   | Deve contar com equipe 24 horas composta por clínico geral, pediatria, cirurgião, anestesiológico, enfermeiros, técnicos e equipes para manejo de pacientes críticos.  |
| Incentivo Financeiro Mensal | R\$ 300.000,00  | R\$ 200.000,00   | R\$ 100.000,00   |

**ANEXO 3 DO ANEXO III**

QUANTITATIVOS MÍNIMOS DE PROFISSIONAIS DA SALA DE REGULAÇÃO MÉDICA (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Anexo 1)

QUANTITATIVOS MÍNIMOS DE PROFISSIONAIS DA SALA DE REGULAÇÃO MÉDICA

| Nº de Profissionais   | Médicos Reguladores(MR) |       | Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica(TARM ) |       | Rádio-Operadores (RO) |       | Número Total de Profissionais |       |
|-----------------------|-------------------------|-------|--|-------|-----------------------|-------|-------------------------------|-------|
|                       | Dia                     | Noite | Dia  | Noite | Dia                   | Noite | Dia                           | Noite |
| População             |                         |       |  |       |                       |       |                               |       |
| Até 350.000           | 01                      | 01    | 02   | 01    | 01                    | 01    | 04                            | 03    |
| 350.001 a 700.000     | 02                      | 02    | 03   | 02    | 01                    | 01    | 06                            | 05    |
| 700.001 a 1.500.000   | 03                      | 02    | 05   | 03    | 01                    | 01    | 09                            | 06    |
| 1.500.001 a 2.000.000 | 04                      | 03    | 06   | 05    | 01                    | 01    | 11                            | 09    |
| 2.000.001 a 2.500.000 | 05                      | 04    | 07   | 06    | 02                    | 01    | 14                            | 11    |
| 2.500.001 a 3.000.000 | 06                      | 05    | 07   | 06    | 02                    | 01    | 14                            | 11    |
| 3.000.001 a 3.750.000 | 07                      | 05    | 10   | 07    | 03                    | 02    | 20                            | 14    |
| 3.750.001 a 4.500.000 | 08                      | 06    | 13   | 09    | 04                    | 03    | 25                            | 18    |
| 4.500.001 a 5.250.000 | 09                      | 07    | 15   | 11    | 05                    | 03    | 29                            | 21    |
| 5.250.001 a 6.000.000 | 10                      | 08    | 17   | 13    | 06                    | 04    | 33                            | 25    |
| 6.000.001 a 7.000.000 | 11                      | 09    | 20   | 15    | 07                    | 05    | 38                            | 29    |

|                        |    |    |    |    |    |    |    |    |
|------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 7.000.001 a 8.000.000  | 12 | 10 | 23 | 17 | 08 | 06 | 43 | 33 |
| 8.000.001 a 9.000.000  | 13 | 11 | 25 | 20 | 09 | 07 | 47 | 38 |
| 9.000.001 a 10.000.000 | 14 | 11 | 28 | 22 | 10 | 07 | 52 | 40 |
| Acima de 10.000.001    | 15 | 12 | 31 | 25 | 11 | 08 | 57 | 45 |

**ANEXO 4 DO ANEXO III**

A REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS (Origem: PRT MS/GM 2657/2004, Anexo 1)

**A REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS**

Quando tomamos a regulação das necessidades imediatas como referência, estamos considerando o seu potencial organizador sobre o funcionamento geral do sistema e sua visibilidade junto aos usuários como marcadoras de sucesso ou fracasso do SUS.

A Regulação Médica das Urgências, operacionalizada através das Centrais de Regulação Médica de Urgências, é um processo de trabalho através do qual se garante escuta permanente pelo Médico Regulador, com acolhimento de todos os pedidos de socorro que ocorrem à central e o estabelecimento de uma estimativa inicial do grau da urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada e equânime a cada solicitação, monitorando continuamente a estimativa inicial do grau de urgência até a finalização do caso e assegurando a disponibilidade dos meios necessários para a efetivação da resposta definitiva, de acordo com grades de serviços previamente pactuadas, pautadas nos preceitos de regionalização e hierarquização do sistema.

É importante lembrar que, a fim de garantir resposta efetiva às especificidades das demandas de urgência, as grades de referência devem ser suficientemente detalhadas, levando em conta quantidades, tipos e horários dos procedimentos ofertados, bem como a especialidade de cada serviço, com este todo organizado em redes e linhas de atenção, com a devida hierarquização, para fins de estabelecermos a identidade entre as necessidades dos pacientes atendidos pelo SAMU-192 e a oferta da atenção necessária em cada momento. As grades de atenção deverão mostrar, a cada instante, a condição de capacidade instalada do sistema regionalizado e suas circunstâncias momentâneas.

As Centrais SAMU-192, de abrangência municipal, micro ou macrorregional, devem prever acesso a usuários, por intermédio do número público gratuito nacional 192, exclusivo para as urgências médicas, bem como aos profissionais de saúde, em qualquer nível do sistema, funcionando como importante "porta de entrada" do sistema de saúde. Esta porta de entrada necessita, portanto, de "portas de saída" qualificadas e organizadas, que também devem estar pactuadas e acessíveis, por meio das demais centrais do complexo regulador da atenção, garantindo acesso à rede básica de saúde, à rede de serviços especializados (consultas médicas, exames subsidiários e procedimentos terapêuticos), à rede hospitalar (internações em leitos gerais, especializados, de terapia intensiva e outros), assistência e transporte social e outras que se façam necessárias.

Vale salientar que, nos casos em que a solicitação seja oriunda de um serviço de saúde que não possuiu a hierarquia técnica requerida pelo caso, ainda que o paciente já tenha recebido um atendimento inicial, consideramos que este paciente ainda se encontra em situação de urgência nesse caso ele deverá ser adequadamente acolhido e priorizado pela Central de Regulação de Urgências, como se fosse um atendimento em domicílio ou em via pública. Por outro lado, se esse paciente já estiver fora da situação de urgência e precisar de outros recursos para a adequada continuidade do tratamento (portas de saída), a solicitação deve ser redirecionada para outras centrais do complexo regulador, de acordo com a necessidade observada. Esses fluxos e atribuições dos vários níveis de atenção e suas respectivas unidades de execução devem ser pactuados previamente, com o devido detalhamento nas grades de oferta regionais.

As Centrais de Regulação de Urgências - Centrais SAMU- 192 constituem-se em "observatório privilegiado da saúde", com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada e em tempo real, todo o funcionamento do Sistema de Saúde, devendo gerar informes regulares para a melhoria imediata e mediata do sistema de atenção às urgências e da saúde em geral.

Os princípios constitucionais de respeito à dignidade da pessoa humana, de cidadania e de promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação, devem presidir todas as ações da Regulação Médica das Urgências.

**ATRIBUIÇÕES DA REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS****Atribuições Gerais:**

I - ser instância operacional onde se processa a função reguladora, em casos de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas, traumáticas, obstétricas e psiquiátricas;

II - ser polivalente na utilização dos recursos;

III - ser capaz de refletir a relação entre a oferta disponível e as necessidades demandadas;

IV - subsidiar o planejamento das correções necessárias para adequar a relação acima mencionada, sempre que se observar deficiência de oferta no exercício cotidiano da regulação médica das urgências;

V - articular ações harmonizadoras e ordenadoras buscando a resposta mais equitativa possível frente às necessidades expressas e devidamente hierarquizadas;

VI - estar articulada com os Serviços de Controle, Avaliação, Auditoria e Vigilância em Saúde, permitindo a utilização dos recursos do sistema de forma harmônica, de acordo com uma hierarquia de necessidades;

VII - nortear-se por pactos estabelecidos entre as instâncias gestoras do Sistema e demais atores envolvidos no processo assistencial;

VIII - facilitar a execução de programas e projetos estratégicos e prioritários de atenção à saúde, formulados junto a instituições parceiras ou com missões semelhantes e aprovados pelo respectivo Comitê Gestor de Atenção às Urgências;

IX - identificar e divulgar os fatores condicionantes das situações e agravos de urgência atendidos, notificando os diferentes setores envolvidos por intermédio do Comitê Gestor;

X - pactuar ações conjuntas com outros atores envolvidos na atenção integral às urgências, como a Defesa Civil, o Corpo de Bombeiros, a Polícia Militar, a Polícia Rodoviária, os Departamentos de Trânsito, as Concessionárias de Rodovias, as Empresas Privadas de Transporte e Atendimento de Urgência, entre outros;

XI - avaliar permanentemente o desempenho das parcerias com os demais atores e notificar o Comitê Gestor de Urgências, fornecendo elementos para a implementação e otimização das ações conjuntas;

XII - participar da formulação dos Planos de Saúde, de Atenção Integral às Urgências e de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres, do município ou região de sua área de abrangência, fornecendo dados epidemiológicos, contextualizando os agravos atendidos e identificando os fatores facilitadores e de estrangulamento das ações.

**Atribuições específicas:**

I - manter escuta médica permanente e qualificada para este fim, nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, pelo número gratuito nacional das urgências médicas: 192;

II - identificar necessidades, por meio da utilização de metodologia adequada, e classificar os pedidos de socorro oriundos da população em geral, a partir de seus domicílios ou de vias e lugares públicos;

III - identificar, qualificar e classificar os pedidos de socorro oriundos de unidades de saúde, julgar sua pertinência e exercer a telemedicina sempre que necessário. Discernir sobre a urgência, a gravidade e o risco de todas as solicitações;

IV - hierarquizar necessidades;

V - decidir sobre a resposta mais adequada para cada demanda;

VI - garantir os meios necessários para a operacionalização de todas as respostas necessárias;

VII - monitorar e orientar o atendimento feito pelas equipes de Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida;

VIII - providenciar os recursos auxiliares de diferentes naturezas necessários para complementar a assistência, sempre que necessário;

IX - notificar as unidades que irão receber pacientes, informando às equipes médicas receptoras as condições clínicas dos pacientes e possíveis recursos necessários;

X - permear o ato médico de regular por um conceito ampliado de urgência, acolhendo a necessidade expressa por cada cidadão, definindo para cada um a melhor resposta, não se limitando apenas a conceitos médicos pré-estabelecidos ou protocolos disponíveis;

XI - constituir-se em "observatório privilegiado da saúde e do sistema", com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada, e em tempo real, todo o seu funcionamento;

XII - respeitar os preceitos constitucionais do País, a legislação do SUS, as leis do exercício profissional médico, o Código de Ética Médica, bem como toda a legislação correlata existente.

#### DIMENSIONAMENTO TÉCNICO PARA A ESTRUTURAÇÃO FÍSICA DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIAS - CENTRAIS SAMU-192

I - A sala de regulação médica deve ser estruturada de acordo com as seguintes diretrizes e características:

a) a sala de regulação deverá ser dimensionada levando-se em conta o tamanho da equipe e o número de postos de trabalho, conforme recomendações técnicas desta Portaria, considerando que cada posto de trabalho utiliza 2 m<sup>2</sup> de área, projetando-se, além disso, os espaços dos corredores de circulação e recuos, além das portas e janelas;

b) acesso restrito aos profissionais que nela trabalham, exceto em situações de ensino com prévia aprovação da coordenação;

c) isolamento acústico, iluminação e temperatura adequadas;

d) propiciar a integridade da conduta profissional, a imparcialidade no manejo dos casos e o sigilo ético-profissional das informações;

e) sistema de telefonia com número suficiente de linhas disponíveis à população, número de aparelhos telefônicos adequado aos postos de trabalho de médicos e auxiliares de regulação e equipamento de fax;

f) sistema de comunicação direta entre os radio-operadores, as ambulâncias, suas bases operacionais e de estabilização, outras unidades de saúde e outras centrais de regulação, bem como com outros atores diretamente relacionados aos atendimentos móveis, como o Corpo de Bombeiros, a Defesa Civil, a Polícia Militar, Operadoras Privadas de Serviços Móveis de Urgência e outros;

g) sistema de gravação digital contínua para registro de toda a comunicação efetuada por telefone e rádio, com acesso protegido, permitido apenas às pessoas autorizadas pela Coordenação do Serviço; e

h) sistema de gestão informatizado para arquivamento dos registros gerados pela regulação.

II - Demais dependências do SAMU 192:

a) sala de equipamentos: devido ao ruído emitido pelos equipamentos (servidores de rede, central telefônica, no break e estabilizador), é recomendada a existência de uma área isolada, contígua à sala de regulação, onde esses equipamentos serão instalados, de forma a não prejudicar o ambiente de trabalho, com área mínima de 4,5 m<sup>2</sup>;

b) banheiros contíguos ou próximos da sala de regulação;

c) área de conforto e alimentação para a equipe;

d) área administrativa, com espaço para a coordenação e a equipe de apoio do serviço.

e) local para guarda de materiais e medicamentos controlados, conforme legislação em vigor;

f) área para esterilização de materiais, conforme normatização técnica da ANVISA/MS;

g) garagem para ambulâncias;

h) área adequada para lavagem, limpeza, desinfecção de materiais e das ambulâncias, respeitando as normas para o tratamento e escoamento da água utilizada;

i) sinalização adequada nas saídas das ambulâncias;

j) refeitório e cozinha;

l) banheiros com chuveiros;

m) alojamento para repouso das equipes; e

n) expurgo.

III - Bases Descentralizadas: a fim de garantir tempo reposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos móveis, nos SAMU regionais ou sediados em municípios de grande extensão territorial deverão existir bases operacionais descentralizadas, que funcionarão como postos avançados para as ambulâncias e suas respectivas equipes. Para tal, essas bases deverão ter a configuração mínima para abrigo, alimentação e conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s). Dependendo do seu tamanho e de sua localização, as bases deverão utilizar a infraestrutura geral da sede ou, se necessário, montar os demais espaços essenciais ao seu bom funcionamento, obedecendo as diretrizes gerais de infraestrutura física estabelecidas nesta Portaria.

#### OPERACIONALIZAÇÃO DAS CENTRAIS SAMU-192

I - Ferramentas de Regulação:

a) mapas do município e região de cobertura do serviço, onde estejam localizados os serviços de saúde, bases descentralizadas do SAMU, outras ambulâncias ou serviços de transporte inclusive privados, Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária e outros;

b) mapas do município e região de cobertura do serviço, com as estradas e principais vias de acesso, registro de barreiras físicas e outros fatores que dificultem o acesso a cada local;

c) listas de telefones de todos os serviços de saúde do município ou região, além de outros setores envolvidos na assistência à comunidade;

d) grades pactuadas, regionalizadas e hierarquizadas, com informações efetivas sobre a composição e a capacidade operativa diária e horária da estrutura dos serviços, organizados em redes e linhas de atenção, hierarquizados por complexidade de resposta técnica. Essas grades deverão ser mantidas atualizadas diariamente pelos serviços, indicando e justificando se há impedimento de uso do potencial do serviço, ocasião em que os serviços comunicarão formalmente por escrito a alteração transitória de grade e, em caso de alteração definitiva, deverão comunicar com antecedência adequada ao comitê gestor das urgências e ao gestor municipal ou estadual competente;

e) mecanismos de relacionamento direto com as centrais de regulação de leitos hospitalares, consultas ambulatoriais especializadas e serviços auxiliares de diagnóstico, quando estas existirem ou criação e utilização de planilhas auxiliares com vagas/censos diários etc;

f) diretrizes técnicas de regulação médica e de atendimentos de urgência;

g) agenda de eventos;

h) planos para manejo de situações complexas, envolvendo muitas pessoas afetadas, com perda ou não da capacidade de resposta por setores públicos e privados encarregados (planos de desastre com protocolos integrados entre todos os agentes públicos e privados responsáveis); e

i) manuais de normas e rotinas do serviço.

II - Normas Gerais e Fluxos da Regulação:

a) a Central de Regulação Médica de Urgências deve ser acessada pelo número gratuito nacionalmente designado para o Atendimento Pré-Hospitalar Móvel 192, admitindo-se outro número exclusivo e gratuito apenas em locais onde haja impedimento técnico da área de comunicações para sua utilização;

b) seu funcionamento deve ser ininterrupto, contando com, pelo menos um médico regulador e correspondentes TARM/RO de plantão presencial na sala de regulação, nas 24 horas, todos os dias, incluindo sábados, domingos e feriados;

c) todo chamado deve ser atendido pelo telefonista auxiliar de regulação médica e, após a devida identificação e localização do solicitante, ser repassado ao médico regulador;

d) nos trotes ou enganos, o chamado deverá ser registrado, mas não contabilizado como "caso" e a ligação pode ser encerrada sem a intervenção do médico regulador;

e) o telefonista auxiliar de regulação médica deverá ser treinado e devidamente instrumentalizado para atender aos pedidos de informação que ocorrerem à central;

f) nos chamados em que o solicitante necessite apenas de informação que não caracterize pedido de socorro de urgência, o telefonista auxiliar de regulação médica está autorizado a fornecer a informação, se ela estiver disponível em suas ferramentas de trabalho e encerrar a solicitação, sem a intervenção do médico regulador. Caso não possua a informação, deverá repassar o chamado ao médico regulador, para que ele dê a melhor orientação possível ao solicitante;

g) o médico regulador, ao receber o caso, deverá, num curto espaço de tempo (de 30 segundos a 1 minuto), por meio da utilização de técnicas específicas para este fim, julgar a gravidade de cada caso e, em se tratando de situação crítica, deverá desencadear imediatamente a melhor resposta, acionando, inclusive, múltiplos meios, sempre que necessário, podendo, em seguida, concluir o detalhamento do caso;

h) nos casos de menor gravidade, o médico poderá optar inclusive pelo não envio de equipe ao local, orientando o solicitante sobre como proceder em relação à queixa relatada;

i) nos casos de simples orientação, o médico regulador deve colocar-se à disposição do solicitante para novas orientações, caso haja qualquer mudança em relação ao quadro relatado na primeira solicitação;

j) caso o médico regulador opte pelo envio de equipe de suporte básico ou avançado de vida ao local, deve monitorar todo seu deslocamento e receber o relato do caso quando a equipe lá chegar, confirmando ou alterando a gravidade estimada inicialmente;

l) após essa reavaliação, o médico regulador deverá tomar uma segunda decisão a respeito da necessidade do paciente, definindo inclusive para qual unidade de saúde o paciente deve ser transportado, se for o caso;

m) se o paciente for transportado, cabe ao médico regulador monitorar e acompanhar todo o atendimento prestado no trajeto;

n) o médico regulador deve estabelecer contato com o médico do serviço receptor, repassando a ele as informações técnicas sobre cada caso, para que a equipe local possa preparar-se para receber o paciente da melhor maneira possível;

o) naquelas situações de atendimento médico no pré-hospitalar móvel, sempre que possível e com conhecimento e autorização do médico regulador, o médico assistente deverá manter-se em contato direto com o médico assistente do serviço de destino definido pela regulação, para repasse das informações sobre o paciente, a fim de instrumentalizar a organização da melhor recepção possível para os casos graves;

p) após o adequado recebimento do paciente no serviço determinado, o médico regulador poderá considerar o caso encerrado; e

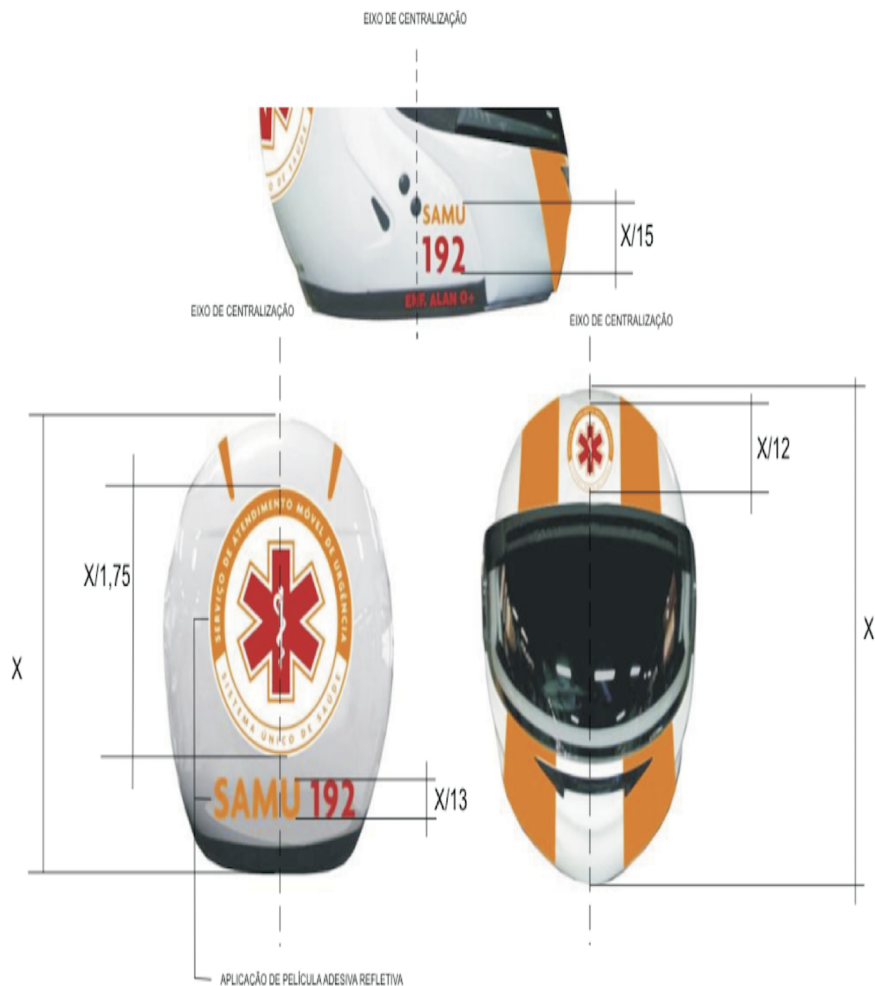
q) o rádio operador deve acompanhar a movimentação dos veículos do SAMU, durante todas as etapas da regulação acima mencionadas.

#### **ANEXO 5 DO ANEXO III**

PADRONIZAÇÃO VISUAL E GRAFISMO DO CAPACETE (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Anexo 1)

PADRONIZAÇÃO VISUAL E GRAFISMO DO CAPACETE





As dimensões aqui presentes são  
tomadas em função de "X".

Medida da altura da tira do capacete.

Arquivos digitais dos  
logos e cores para essa programação visual  
estão disponíveis em arquivos adesivos.

SAMU 192 | MANUAL DE IDENTIDADE VISUAL

#### ANEXO 6 DO ANEXO III

PADRONIZAÇÃO VISUAL E GRAFISMO DA MOTOCICLETA (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Anexo 2)

PADRONIZAÇÃO VISUAL E GRAFISMO DA MOTOCICLETA



### ANEXO 7 DO ANEXO III

ORIENTAÇÃO TÉCNICA QUANTO AO EMPREGO DAS MOTOCICLETAS (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Anexo 3)

#### ORIENTAÇÃO TÉCNICA QUANTO AO EMPREGO DAS MOTOCICLETAS

As motocicletas para a intervenção do SAMU 192 deverão possuir motorização com no mínimo 250 cilindradas e ser do tipo trail. Deverão ser utilizadas exclusivamente em intervenções do SAMU 192, sob regulação médica e se destinam, prioritariamente, às seguintes situações:

a) intervenções nos acionamentos de unidade de suporte avançado de vida (USA), considerando que a motocicleta desenvolve melhor velocidade e conta com a agilidade necessária no trânsito para chegar antes da ambulância ao local onde se encontra o paciente. Assim, nos eventos tempo-dependentes (por exemplo, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, traumatismo crânio-encefálico, dentre outras tantas) deverão ser envidados esforços por parte das centrais de regulação em efetuar o despacho imediato da motocicleta como forma de assegurar a chegada do socorro no menor tempo-resposta possível, preservando-se a segurança do condutor da motocicleta;

b) intervenções em eventos em locais de reconhecido difícil acesso a veículos de urgência (ambulâncias) em razão de características geográficas, condições da malha viária, dentre tantas peculiaridades de cada Município/região de abrangência do serviço, bem como em outras situações desta natureza que possam ser identificadas pela regulação médica como motivação para utilização da motocicleta;

c) apoio nas intervenções de suporte básico de vida quando for necessário auxílio direto na cena de mais um técnico de enfermagem para auxílio em procedimentos que necessitem de mais profissionais, de acordo com o julgamento da regulação médica (reanimação cardiopulmonar, extricação de vítimas, dentre outras situações do Atendimento Pré-hospitalar - APH móvel);

d) apoio nas intervenções de suporte avançado de vida quando for necessária a presença de mais um técnico de enfermagem na cena, a critério do médico regulador; e

e) demais situações de agravo à saúde da população nas quais, a critério do médico regulador, no uso de suas atribuições contidas na Portaria 2.048/GM, possa haver benefício no emprego da motocicleta, uma vez que a chegada desta unidade viabilizará o início de manobras de suporte básico de vida.

### ANEXO 8 DO ANEXO III

ÁREA FÍSICA, INFRAESTRUTURA FÍSICA, MOBILIÁRIO, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS MÍNIMOS PARA SALA DE ESTABILIZAÇÃO (SE) (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Anexo 1)

ÁREA FÍSICA, INFRAESTRUTURA FÍSICA, MOBILIÁRIO, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS MÍNIMOS PARA SALA DE ESTABILIZAÇÃO (SE)

Área Física Infraestrutura física

| AMBIENTE                      | NUMERO DE LEITOS DE ESTABILIZAÇÃO (MÍNIMO) | ÁREA (M²)  | INSTALAÇÕES   |
|-------------------------------|--|--|---|
| Sala de Estabilização         | 02   | 16 m2 por leito, com distância mínima de 1,5 m entre estes e paredes, exceto cabeceira e pé do leito = 1,2 m.<br>Pé-direito mínimo = 2,7 m | Instalações baseadas conforme regulamentação sanitárias |
| Área de Serviço de Enfermagem |  | 4,0 m2   |   |
| Área Total                    |  | 36 m2  |   |

Mobiliário, materiais e equipamentos mínimos.

|  | Quantidade |
|--|------------|
| Ressuscitador manual kit adulto, infantil e neonatal   | 2          |
| Armário suspenso com divisórias  | 1          |
| Oxímetro portátil ( hand-set)  | 2          |
| Aspirador portátil   | 1          |
| Balde com pedal contenedor de resíduos com tampa e pedal   | 2          |
| Bancada com cuba e armários  | 1          |
| Mesa de Mayo   | 1          |
| Banqueta giratória   | 1          |
| Colar cervical (kit com 5 tamanhos)  | 1          |
| Biombo   | 1          |
| Bomba de infusão   | 2          |
| Caixa básica de instrumental cirúrgico   | 1          |
| Desfibrilador/cardioversor com monitor multiparâmetro e marcapasso   | 1          |
| Carro de urgência  | 1          |
| Detector de batimentos cardíacos fetais  | 1          |
| Eletrocardiógrafo portátil   | 1          |
| Escada com 2 degraus   | 1          |
| Esfigmomanômetro de pedestal com manguito infantil e adulto  | 1          |
| Estetoscópio adulto/infantil   | 2          |
| Suporte de Hamper  | 1          |
| Lanterna clínica   | 1          |
| Laringoscópio com kit adulto e infantil  | 1          |
| Maca com grades removíveis e rodas com travas  | 2          |
| Mesa auxiliar p/ instrumental  | 1          |
| Refletor parabólico de luz fria  | 1          |
| Suporte de soro  | 2          |
| Ventilador de transporte eletrônico microprocessador adulto/infantil com traquéias adulto, infantil e neonatal | 2          |
| Foco cirúrgico móvel   | 1          |
| Prancha longa  | 1          |
| Cilindro de oxigênio portátil  | 1          |
| Ponto de Oxigênio  | 1          |
| Gerador ou Nobreak sistema de emergência   | 1          |

**ANEXO 9 DO ANEXO III**

REQUISITOS MÍNIMOS PARA POPULAÇÃO DE COBERTURA, ÁREA FÍSICA, EQUIPE E LEITOS DE SALA DE ESTABILIZAÇÃO (SE) DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Anexo 2)

| SERVIÇO/ UNIDADE | POPULAÇÃO DE COBERTURA                | ÁREA FÍSICA MÍNIMA | EQUIPE MÍNIMA NA SE   | NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE ESTABILIZAÇÃO |
|------------------|---------------------------------------|--------------------|---|--|
| SE               | até 50.000 (cinquenta mil) habitantes | 40 m²<br>36 m²     | 01 (um) médico generalista com qualificação no atendimento em urgências com garantia de retaguarda de enfermagem e de pessoal técnico, nas 24 (vinte e quatro) horas, todos os dias da semana | 02                                       |

**ANEXO 10 DO ANEXO III**

DEFINIÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS APLICÁVEL ÀS UPAs 24H NOVAS E AMPLIADAS (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Anexo 1)

DEFINIÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS APLICÁVEL ÀS UPAs 24H NOVAS E AMPLIADAS

| DEFINIÇÃO DOS PORTES APLICÁVEIS ÀS UPAs 24h | POPULAÇÃO RECOMENDADA PARA A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPa 24h | NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO | NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS SALA DE URGÊNCIA |
|---|---|---------------------------------------|--|
| PORTE I                                     | 50.000 A 100.000 HABITANTES                                 | 7 LEITOS                              | 2 LEITOS                                 |
| PORTE II                                    | 100.001 A 200.000 HABITANTES                                | 11 LEITOS                             | 3 LEITOS                                 |
| PORTE III                                   | 200.001 A 300.000 HABITANTES                                | 15 LEITOS                             | 4 LEITOS                                 |

**ANEXO 11 DO ANEXO III**

DEFINIÇÃO DOS VALORES DE INVESTIMENTO APLICÁVEIS ÀS UPAs 24H NOVAS E AMPLIADAS (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Anexo 2)

## DEFINIÇÃO DOS VALORES DE INVESTIMENTO APLICÁVEIS ÀS UPA 24H NOVAS E AMPLIADAS

| DEFINIÇÃO DOS PORTES APLICÁVEIS ÀS UPA 24h | INVESTIMENTO CONSTRUÇÃO MOBILIÁRIO E EQUIPAMENTOS DE UPA 24h NOVAS HA-BILITADAS EM INVESTIMENTO ATÉ 31/12/2014. | INVESTIMENTO UPA 24h AMPLIADAS (limite máximo) HABILITADAS EM INVESTIMENTO ATÉ 31/12/2014 | INVESTIMENTO EM EQUIPAMENTOS E MOBILIÁRIOS PARA UPA 24 h NOVAS E AMPLIADAS |
|--|---|---|--|
| PORTE I                                    | R\$ 2.200.000,00  | R\$ 1.500.000,00  | R\$ 600.000,00   |
| PORTE II                                   | R\$ 3.100.000,00  | R\$ 2.500.000,00  | R\$ 800.000,00   |
| PORTE III                                  | R\$ 4.000.000,00  | R\$ 3.500.000,00  | R\$ 1.000.000,00   |

**ANEXO 12 DO ANEXO III**

PROCEDIMENTOS A SEREM REGISTRADOS NO FORMATO BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL INDIVIDUALIZADO - BPA - I (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Anexo 7)

Procedimentos a serem registrados no formato Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - BPA - I

| Procedimento   | Descrição   |
|----------------|---|
| 03.01.06.002-9 | ATENDIMENTO DE URGÊNCIA C/ OBSERVAÇÃO ATÉ 24 HORAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA |
| 03.01.06.009-6 | ATENDIMENTO MÉDICO EM UPA 24H DE PRONTO ATENDIMENTO                         |
| 03.01.06.010-0 | ATENDIMENTO ORTOPÉDICO COM IMOBILIZAÇÃO PRO-VISÓRIA                         |
| 03.01.06.011-8 | ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO                                      |

**ANEXO 13 DO ANEXO III**

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR - NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAUMA TIPO I AOS PACIENTES COM TRAUMA (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Anexo 1)

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAUMA TIPO I AOS PACIENTES COM TRAUMA

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

NOME DA INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA): \_\_\_\_\_

( ) Federal? ( ) Estadual? ( ) Municipal? ( ) Filantrópico? ( ) Privado

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

DIRETOR TÉCNICO: \_\_\_\_\_ ?

Tipos de Assistência:

( ) Ambulatorial

( ) Internação

( ) Urgência/Emergência de porta aberta

O Centro de Trauma tipo I:

1) Cobertura populacional:

a) ( ) até 200 mil habitantes

b) ( ) de 201 a 500 mil habitantes

c) ( ) de 501 mil a 1 milhão de habitantes

2) Participa da RUE:

a) ( ) Sim ( ) Não

3) É porta de entrada de Urgência da RUE:

a) ( ) Sim ( ) Não

4) É referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios:

a) ( ) Sim ( ) Não

5) Número de leitos cadastrados no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos (SCNES): \_\_\_\_\_ leitos

6) Registro das Informações do Paciente:

a) Possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

( ) Sim ( ) Não

7) Equipe médica:

a) ( ) Pediatra

b) ( ) Clínico geral

c) ( ) Ortopedista

d) ( ) Anestesiologista

e) ( ) Cirurgião geral

8) Enfermagem treinada em urgência e atendimento de pacientes com trauma;

( ) Sim ( ) Não

9) Equipe médica para realização de cirurgias de trauma sem comprometimento do atendimento da porta de Urgência:

a) ( ) Sim ( ) Não

10) Sala de cirurgia para atendimento ao paciente com trauma:

a) ( ) Sim ( ) Não

11) Leitos de enfermaria para paciente com trauma:

a) ( ) Sim ( ) Não

12) Leitos de retaguarda para paciente com trauma:

a) ( ) Sim ( ) Não

13) Leitos de UTI para paciente com trauma:

a) ( ) Sim ( ) Não

14) Atendimento de urgência 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados:

a) ( ) Sim ( ) Não

15) Raio X 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

16) Ultrassonografia 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

17) Protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados;

a) ( ) Sim ( ) Não

18) Serviço de laboratório clínico em tempo integral (próprio ou disponível);

a) ( ) Sim ( ) Não

19) Serviço hemoterapia em tempo integral (próprio ou disponível);

a) ( ) Sim ( ) Não

20) Serviço de reabilitação (próprio ou disponível);

a) ( ) Sim ( ) Não

21) Garante acompanhamento ambulatorial aos pacientes atendidos:

a) ( ) Sim ( ) Não

22) Tem acesso às Centrais de Regulação para encaminhamento dos casos de maior complexidade:

a) ( ) Sim ( ) Não

23) Os serviços disponíveis (não próprios) estão cadastrados no SCNES:

a) ( ) Sim ( ) Não

24) Possui Alvará de Funcionamento:

a) ( ) Sim ( ) Não

Data de Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:

De acordo com vistoria realizada "in loco", a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 1.365/GM/MS, de 8 de julho de 2013, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).

( ) Sim ( ) Não

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

Gestor Municipal \_\_\_\_\_

Gestor Estadual \_\_\_\_\_

#### ANEXO 14 DO ANEXO III

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR - NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAUMA TIPO II AOS PACIENTES COM TRAUMA (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Anexo 2)

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAUMA TIPO II AOS PACIENTES COM TRAUMA

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

NOME DA INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA): \_\_\_\_\_

( ) Federal? ( ) Estadual? ( ) Municipal? ( ) Filantrópico? ( ) Privado

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ ? TELEFONE: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

DIRETOR TÉCNICO: \_\_\_\_\_ ?

Tipos de Assistência:

 Ambulatorial Internação Urgência/Emergência de porta aberta

O Centro de Trauma tipo II:

1) Cobertura populacional:

a)  até 200 mil habitantesb)  de 201 a 500 mil habitantesc)  de 501 mil a 1 milhão de habitantes

2) Participa da RUE:

a)  Sim  Não

3) É porta de entrada de Urgência da RUE:

a)  Sim  Não

4) É referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros

Municípios:

a)  Sim  Não5) Número de leitos cadastrados no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos (SCNES):  
\_\_\_\_\_ leitos

6) Registro das Informações do Paciente:

a) Possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

 Sim  Não

7) Equipe médica:

a)  Pediatrab)  Clínico geralc)  Ortopedistad)  Anestesiologistae)  Cirurgião geralf)  Neurocirurgião

8) Enfermagem treinada em urgência e atendimento de pacientes com trauma;

a)  Sim  Não

9) Equipe médica para realização de cirurgias de trauma sem comprometimento do atendimento da porta de Urgência:

a)  Sim  Não

10) Sala de cirurgia para atendimento ao paciente com trauma:

a)  Sim  Não

11) Leitos de enfermaria para paciente com trauma:

a)  Sim  Não

12) Leitos cirúrgicos de retaguarda para paciente com trauma:

a)  Sim  Não

13) Leitos de UTI para paciente com trauma:

a)  Sim  Não

14) Equipe médica e de odontologia alcançável:

a)  Neurocirurgiãob)  Ortopedistac)  Cirurgião vasculard)  Cirurgião plásticoe)  Cirurgião pediátricof)  Cirurgião crânio-maxilo-facialg)  Cirurgião e traumatologista buco-maxilo-facialh)  Cirurgião torácicoi)  Ginecologistaj)  Obstetra

k) ( ) Clínico geral

l) ( ) Pediatra

m) ( ) Oftalmologista

15) Atendimento de urgência 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados:

a) ( ) Sim ( ) Não

16) Raio X 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

17) Ultrassonografia 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

18) Tomografia computadorizada (própria ou disponível) 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

19) Ressonância magnética (própria ou disponível) 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

20) Equipe multiprofissional:

a) ( ) Fisioterapeuta Próprio ( ) Sim ( ) Não

b) ( ) Assistente social Próprio ( ) Sim ( ) Não

c) ( ) Nutricionista Próprio ( ) Sim ( ) Não

d) ( ) Farmacêutico Próprio ( ) Sim ( ) Não

e) ( ) Psicólogo Próprio ( ) Sim ( ) Não

21) Protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados;

( ) Sim ( ) Não

22) Serviço de laboratório clínico em tempo integral (próprio ou disponível);

a) ( ) Sim ( ) Não

23) Serviço hemoterapia em tempo integral (próprio ou disponível);

a) ( ) Sim ( ) Não

24) Serviço de reabilitação (próprio ou disponível);

a) ( ) Sim ( ) Não

25) Garante acompanhamento ambulatorial aos pacientes atendidos:

a) ( ) Sim ( ) Não

26) Tem acesso às Centrais de Regulação para encaminhamento dos caso de maior complexidade:

a) ( ) Sim ( ) Não

27) Os serviços disponíveis (não próprios) estão cadastrados no SCNES:

a) ( ) Sim ( ) Não

28) Possui Alvará de Funcionamento:

a) ( ) Sim ( ) Não

Data de Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

De acordo com vistoria realizada "in loco", a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 1.365/GM/MS, de 8 de julho de 2013, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).

( ) Sim ( ) Não

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

Gestor Municipal \_\_\_\_\_

Gestor Estadual \_\_\_\_\_

**ANEXO 15 DO ANEXO III**

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR NORMAS DE HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAU MA TIPO III AOS PACIENTES COM TRAUMA (DEVE SER PREENCHIDO E ASSINADO PELO GESTOR) (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Anexo 3)

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

NORMAS DE HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAUMA TIPO III AOS PACIENTES COM TRAUMA (deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

NOME DA INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA): \_\_\_\_\_

( ) Federal? ( ) Estadual? ( ) Municipal? ( ) Filantrópico? ( ) Privado

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

FAX: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

DIRETOR TÉCNICO: \_\_\_\_\_ ?

Tipos de Assistência:

 Ambulatorial Internação Urgência/Emergência de porta aberta

O Centro de Trauma tipo III:

1) Cobertura populacional:

a)  até 200 mil habitantesb)  de 201 a 500 mil habitantesc)  de 501 mil a 1 milhão de habitantes

2) Participa da RUE:

 Sim  Não

3) É porta de entrada de Urgência da RUE:

 Sim  Não

4) É referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros

Municípios:

 Sim  Não5) Número de leitos cadastrados no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos (SCNES):  
\_\_\_\_\_ leitos

6) Registro das Informações do Paciente: Possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

a)  Sim  Não

7) Equipe médica:

a)  Pediatrab)  Clínico geralc)  Ortopedistad)  Anestesiologistae)  Cirurgião geralf)  Neurocirurgião

8) Enfermagem treinada em urgência e atendimento de pacientes com trauma;

a)  Sim  Não

9) Equipe médica para realização de cirurgias de trauma sem comprometimento do atendimento da porta de Urgência:

a)  Sim  Não

10) Sala de cirurgia para atendimento ao paciente com trauma:

a)  Sim  Não

11) Leitos de enfermagem para paciente com trauma:

a)  Sim  Não

12) Leitos cirúrgicos de retaguarda para paciente com trauma:

a)  Sim  Não

13) Leitos de UTI para paciente com trauma:

a)  Sim  Não

14) Equipe médica e de odontologia alcançável:

a)  Cirurgião vascularb)  Cirurgião plásticoc)  Cirurgião pediátricod)  Cirurgião de mãoe)  Otorrinolaringologistaf)  Oftalmologistag)  Cirurgião crânio-maxilo-facialh)  Cirurgião e traumatologista buco-maxilo-faciali)  Urologistaj)  Cirurgião torácico



- k) ( ) Endoscopista  
 l) ( ) Ginecologista  
 m) ( ) Obstetra  
 n) ( ) Clínico geral  
 o) ( ) Pediatra  
 p) ( ) Nefrologista  
 q) ( ) Ortopedista  
 r) ( ) Neurocirurgião

15) Atendimento de urgência 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados:

a) ( ) Sim ( ) Não

16) Raio X 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

17) Ultrassonografia 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

18) Tomografia computadorizada 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

19) Radiologia vascular intervencionista (própria ou disponível) 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

20) Ressonância magnética (própria ou disponível) 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

21) Equipe multiprofissional:

a) ( ) Fisioterapeuta Próprio ( ) Sim ( ) Não

b) ( ) Assistente social Próprio ( ) Sim ( ) Não

c) ( ) Nutricionista Próprio ( ) Sim ( ) Não

d) ( ) Farmacêutico Próprio ( ) Sim ( ) Não

e) ( ) Psicólogo Próprio ( ) Sim ( ) Não

22) Protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados;

a) ( ) Sim ( ) Não

23) Serviço de laboratório clínico em tempo integral (próprio ou disponível);

a) ( ) Sim ( ) Não

24) Serviço hemoterapia em tempo integral (próprio ou disponível);

a) ( ) Sim ( ) Não

25) Serviço de reabilitação (próprio ou disponível);

a) ( ) Sim ( ) Não

26) Garante acompanhamento ambulatorial aos pacientes atendidos:

a) ( ) Sim ( ) Não

27) Tem acesso às Centrais de Regulação para encaminhamento dos caso de maior complexidade:

a) ( ) Sim ( ) Não

28) Os serviços disponíveis (não próprios) estão cadastrados no SCNES:

a) ( ) Sim ( ) Não

29) Possui Alvará de Funcionamento:

a) ( ) Sim ( ) Não

Data de Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO  
 CREDENCIAMENTO: \_\_\_\_\_

De acordo com vistoria realizada "in loco", a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 1.365/GM/MS, de 8 de julho de 2013, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).

( ) Sim ( ) Não

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

Gestor Municipal \_\_\_\_\_

Gestor Estadual \_\_\_\_\_

**ANEXO 16 DO ANEXO III**

MODELO TERMO DE COMPROMISSO (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Anexo 4)

MODELO

TERMO DE COMPROMISSO

Conforme disposto no art. 20 da Portaria nº XX/GM/MS, de XX de junho de 2013, a Secretaria de Saúde do Município de \_\_\_\_\_ ou a Secretária de Saúde do Estado de \_\_\_\_\_ do Distrito Federal

assume a responsabilidade de garantir, seja por meio de serviços próprios ou contratados, o acesso aos seguintes procedimentos:

- a. Tomografia computadorizada;
- b. Radiologia vascular intervencionista;
- c. Ressonância magnética;
- d. Laboratório clínico;
- e. Serviço de hemoterapia; e
- f. Serviço de reabilitação.

Por ser verdade, firmo o presente.

\_\_\_\_\_  
(Nome Completo)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Gestor Municipal e/ou Estadual e do Distrito Federal c/carimbo)

CIDADE - UF, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

**ANEXO 17 DO ANEXO III**

LISTA DE CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA (CIATOX) (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Anexo 1)

Lista de Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox)

| Nº | UF | Cidade         | Nome  | CNES    | Localização  |
|----|----|----------------|---|---------|--|
| 1  | AM | Manaus         | Centro de Informações Toxicológicas do Amazonas - CIT/AM              | 2017644 | HOSPITAL UNIVERSITARIO GETULIO VARGAS                        |
| 2  | BA | Salvador       | Centro Antiveneno da Bahia - CIAVE - BA                               | 2470845 | CIAVE CENTRO DE INFORMACOES ANTIVENENO                       |
| 3  | CE | Fortaleza      | Centro de Assistência Toxicológica - CEATOX Fortaleza                 | 2529149 | Instituto Dr. José Frota                                     |
| 4  | DF | Brasília       | Centro de Informações Toxicológicas - CIT de Brasília                 | 6963447 | Secretaria de Saúde do Distrito Federal                      |
| 5  | ES | Vitória        | Centro de Atendimento Toxicológico - TOXCEN                           | 11800   | HOSPITAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLORIA                    |
| 6  | GO | Goiânia        | HOSPITAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLORIA                             | 6450091 | SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DE GOIAS                       |
| 7  | MG | Belo Horizonte | Serviço de Toxicologia de Minas Gerais                                | 26921   | HOSPITAL JOAO XXIII  |
| 8  | MS | Campo Grande   | Centro Integrado de Vigilância Toxicológica - CIVITOX de Campo Grande | 6590047 | SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE                                |
| 9  | MT | Cuiabá         | Centro de Informação Antiveneno                                       | 2495015 | Hospital Municipal de Cuiabá                                 |
| 9  | PB | João Pessoa    | Centro de Assistência Toxicológica - CEATOX de João Pessoa            | 2400243 | Hospital Universitário Lauro Wanderley, Campus I             |
| 10 | PB | Campina Grande | Centro de Informação e Assistência Toxicológica - CIAT                | 2362856 | HOSPITAL REGIONAL DE EMERG TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES |
| 11 | PA | Belém          | Centro de Informações Toxicológicas - CIT de Belém                    | 2332981 | HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAO DE BARROS BARRETO                |
| 12 | PE | Recife         | Centro de Assistência Toxicológica de Pernambuco - CEATOX - PE        | 6916279 | CEATOX CENTRO DE ASSISTENCIA TOXICOLOGICA                    |
| 13 | PE | Teresina       | Centro de Informações Toxicológicas - CITOX de Teresina               | 6300049 | SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE DO PIAUI SEDE                   |
| 14 | PR | Curitiba       | Centro de Controle de Envenenamentos - CCE de Curitiba                | 2384299 | Hospital de Clínicas   |
| 15 | PR | Londrina       | Centro de Informações Toxicológicas - CIT de Londrina                 | 2781859 | HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DO NORTE DO PARANA           |
| 16 | PR | Maringá        | Centro de Controle de Intoxicações - CCI de Maringá                   | 2587335 | HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DE MARINGA                   |

|    |    |                       |  |         |   |
|----|----|-----------------------|--|---------|---|
| 17 | RJ | Niterói               | Centro de Controle de Intoxicações - CCI de Niterói                            | 12505   | HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO                      |
| 18 | RN | Natal                 | Centro de Assistência Toxicológica - CEATOX Natal                              | 5672465 | SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE PUBLICA DO RN                |
| 19 | RS | Porto Alegre          | Centro de Informação Toxicológica - CIT do Rio Grande do Sul                   | 2792907 | Secretaria Estadual de Saúde                              |
| 20 | SC | Florianópolis         | Centro de Informações Toxicológicas - CIT de Santa Catarina                    | 7276702 | CIT CENTRO DE INFORMACOES TOXICOLOGICAS DE SANTA CATARINA |
| 21 | SP | São Paulo             | Centro de Controle de Intoxicações - CCI de São Paulo                          | 2081970 | Hospital Municipal Dr. Artur Ribeiro de Saboya            |
| 22 | SP | São Paulo             | Centro de Assistência Toxicológica - CEATOX do Instituto da Criança do HCFMUSP | 2078015 | HC DA FMUSP HOSPITAL DAS CLINICAS SAO PAULO               |
| 23 | SP | Campinas              | Centro de Controle de Intoxicações - CCI de Campinas                           | 2079798 | HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS              |
| 24 | SP | Botucatu              | Centro de Assistência Toxicológica - CEATOX de Botucatu                        | 2748223 | HOSPITAL DAS CLINICAS DE BOTUCATU                         |
| 25 | SP | Ribeirão Preto        | Centro de Controle de Intoxicações - CCI de Ribeirão Preto                     | 2082187 | HOSPITAL DAS CLINICAS FAEPA RIBEIRAO PRETO                |
| 26 | SP | São José do Rio Preto | Centro de Assistência Toxicológica - CEATOX de São José do Rio Preto           | 2077396 | HOSPITAL DE BASE DE SAO JOSE DO RIO PRETO                 |
| 27 | SP | São José dos Campos   | Centro de Controle de Intoxicação - CCI de São José dos Campos                 | 9628    | HOSPITAL MUNICIPAL DR JOSE DE CARVALHO FLORENCE           |
| 28 | SP | Santos                | Centro de Controle de Intoxicações - CCI de Santos                             | 2079720 | Hospital Guilherme Álvaro                                 |
| 29 | SP | Taubaté               | Centro de Controle de Intoxicações - CCI de Taubaté                            | 2033240 | DEPARTAMENTO DE SAUDE                                     |
| 30 | SE | Aracaju               | Centro de Informação Toxicológica - CIATOX de Sergipe                          | 2816210 | HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO                      |

**ANEXO 18 DO ANEXO III**

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR - NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO I AOS PACIENTES COM AVC (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Anexo 1)

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO I AOS PACIENTES COM AVC

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

NOME DA INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

CNES: \_\_\_\_\_

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

Federal

Estadual

Municipal

Filantrópico

Privado

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

DIRETOR TÉCNICO: \_\_\_\_\_

Tipos de Assistência:

Ambulatorial

Internação

Urgência/Emergência de porta aberta

## 1. Registro das Informações do Paciente:

a) possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

Sim  Não

## 2. O Centro de Atendimento de Urgência Tipo I aos Pacientes com AVC dispõe dos seguintes critérios:

a) realiza atendimento de urgência vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana;

Sim  Não

b) realiza exame de tomografia computadorizada de crânio nas vinte e quatro horas do dia;

Sim  Não

c) dispõe de equipe treinada em urgência para atendimento aos pacientes com AVC, composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e coordenada por neurologista com título de especialista em neurologia reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Regional de Medicina (CRM) ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC);

Sim  Não

d) disponibiliza protocolos clínicos e assistenciais escritos;

Sim  Não

e) fornece cobertura de atendimento neurológico, disponível em até trinta minutos da admissão do paciente (plantão presencial ou sobreaviso à distância ou suporte neurológico especializado por meio da telemedicina/telessaúde);

Sim  Não

f) possui leitos monitorados para o atendimento ao AVC agudo, com médico vinte e quatro horas por dia e equipe treinada para o atendimento, podendo ser no serviço de urgência ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI);

Sim  Não

g) possui UTI;

Sim  Não

h) realiza serviço de laboratório clínico em tempo integral;

Sim  Não

i) dispõe de equipe neurocirúrgica própria vinte e quatro horas (presencial ou disponível em até duas horas) ou referenciada (disponível em até duas horas); e

Sim  Não

j) realiza tratamento hemoterápico para possíveis complicações hemorrágicas.

Sim  Não

## 3. Possui Alvará de Funcionamento.

Sim  Não

Data de Emissão: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

4. O Centro de Atendimento de Urgência Tipo I aos Pacientes com AVC participa da Linha de Cuidados em AVC constante do Plano de Ação Regional da RUE, por indicação do grupo condutor da RUE, realizando ações que permitam sua plena integração com os outros pontos de atenção, nos termos do documento base da referida linha de cuidados, de modo a garantir o cuidado integral e de qualidade aos pacientes com acidente vascular cerebral.

Sim  Não

5. Adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos de acordo com a Linha de Cuidados em AVC.

Sim  Não

## INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:

De acordo com vistoria realizada in loco, a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril, de 2012, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).

Sim  Não

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

\_\_\_\_\_  
Gestor Municipal

\_\_\_\_\_  
Gestor Estadual

**ANEXO 19 DO ANEXO III**

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR - NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO II AOS PACIENTES COM AVC (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Anexo 2)

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO II AOS PACIENTES COM AVC

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

NOME DA INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

CNES: \_\_\_\_\_

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

- Federal  
 Estadual  
 Municipal  
 Filantrópico  
 Privado

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

DIRETOR TÉCNICO: \_\_\_\_\_

Tipos de Assistência:

- Ambulatorial  
 Internação  
 Urgência/Emergência de porta aberta

1. Registro das Informações do Paciente:

a) possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

 Sim  Não

2. O Centro de Atendimento de Urgência Tipo II aos Pacientes com AVC dispõe dos seguintes critérios:

a) realiza atendimento de urgência vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana;

 Sim  Não

b) realiza exame de tomografia computadorizada de crânio nas vinte e quatro horas do dia;

 Sim  Não

c) disponibiliza protocolos clínicos e assistenciais escritos;

 Sim  Não

d) possui UTI;

 Sim  Não

e) realiza serviço de laboratório clínico em tempo integral;

 Sim  Não

f) dispõe de equipe neurocirúrgica própria vinte e quatro horas (presencial ou disponível em até duas horas) ou referenciada (disponível em até duas horas); e

 Sim  Não

g) disponibilidade de trombolítico conforme PCDT específico;

 Sim  Não

h) realiza tratamento hemoterápico para possíveis complicações hemorrágicas;

 Sim  Não

i) unidade de Cuidado Agudo ao AVC;

 Sim  Não

j) garantir que o tratamento de fase aguda seja coordenado por neurologista;

 Sim  Não

k) oferta os seguintes procedimentos:

I - Eletrocardiograma (ECG);

 Sim  Não

II - Serviço de laboratório clínico em tempo integral; e

 Sim  Não

III - Serviço de radiologia.

 Sim  Não

l) garantia do acesso, por intermédio de termo de compromisso, nos termos do anexo IV a esta Portaria, aos seguintes procedimentos:

I - Ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais);

 Sim  Não

II - Ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico;

 Sim  Não

III - Angiografia;

Sim  Não

IV - Ressonância magnética;

Sim  Não

V - Angioressonância;

Sim  Não

VI - Ecodoppler transcraniano; e

Sim  Não

VII - Neuroradiologia intervencionista.

Sim  Não

3. A Unidade de Cuidado Agudo ao AVC, dos Centros de Atendimento de Urgência Tipo II aos Pacientes com AVC, dispõe dos seguintes critérios:

a) Mínimo de 5 (cinco) leitos.

Sim  Não

Número de leitos: \_\_\_\_\_

3.1. Recursos Humanos

a) a unidade conta com um responsável técnico neurologista, com título de especialista em neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo MEC;

Sim  Não

Médico: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_ CFM/CRM: \_\_\_\_\_

b) a unidade conta com um médico vinte e quatro horas por dia;

Sim  Não

c) a unidade conta com um enfermeiro vinte e quatro horas por dia;

Sim  Não

d) a unidade conta com um técnico de enfermagem exclusivo para cada quatro leitos, vinte e quatro horas por dia;

Sim  Não

e) a unidade conta com suporte diário de fisioterapeuta;

Sim  Não

f) a unidade conta com suporte diário de fonoaudiólogo; e

Sim  Não

g) a unidade conta com suporte de neurologista, vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, inclusive feriados.

Sim  Não

3.2 Recursos Materiais

a) camas Hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados;

Sim  Não

b) 1 estetoscópio/leito;

Sim  Não

c) pelo menos dois equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") para cada leito, com reserva operacional de um equipamento para cada três leitos;

Sim  Não

d) pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;

Sim  Não

e) materiais para aspiração;

Sim  Não

f) kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais: equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão autoinflável, com reservatório e máscara facial (ambu); cabos e lâminas de laringoscópio; tubos/cânulas endotraqueais; tubos/cânulas endotraqueais; fixadores de tubo endotraqueal; cânulas de Guedel e fio guia estéril;

Sim  Não

g) um equipamento desfibrilador/cardioversor por unidade;

Sim  Não

h) um eletrocardiógrafo portátil por unidade;

Sim  Não

i) um equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar por unidade;

Sim  Não

j) uma maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio para cada 5 (cinco) leitos;

Sim  Não

k) cilindro transportável de oxigênio;

Sim  Não

l) uma máscara facial com diferentes concentrações de oxigênio para cada três leitos; e

Sim  Não

m) um monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura, para cada leito.

Sim  Não

4. Possui Alvará de Funcionamento.

Sim  Não

Data de Emissão: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

5. Adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos de acordo com a Linha de Cuidados em AVC.

Sim  Não

INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:

De acordo com vistoria realizada in loco, a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril, de 2012, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).

Sim  Não

DATA : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR

\_\_\_\_\_

Gestor Municipal

\_\_\_\_\_

Gestor Estadual

**ANEXO 20 DO ANEXO III**

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR - NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Anexo 3)

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

NOME DA INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

CNES: \_\_\_\_\_

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

Federal

Estadual

Municipal

Filantrópico

Privado

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

DIRETOR TÉCNICO: \_\_\_\_\_

Tipos de Assistência:

Ambulatorial

Internação

Urgência/Emergência de porta aberta

1. Registro das Informações do Paciente:

a) possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

Sim  Não

2. O Centro de Atendimento de Urgência Tipo III aos Pacientes com AVC dispõe dos seguintes critérios:

a) realiza atendimento de urgência vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana;

Sim  Não

b) realiza exame de tomografia computadorizada de crânio nas vinte e quatro horas do dia;

Sim  Não

c) disponibiliza protocolos clínicos e assistenciais escritos;

Sim  Não

d) possui UTI;

Sim  Não

e) realiza serviço de laboratório clínico em tempo integral;

Sim  Não

f) dispõe de equipe neurocirúrgica própria vinte e quatro horas (presencial ou disponível em até duas horas) ou referenciada (disponível em até duas horas); e

Sim  Não

g) disponibilidade de trombolítico conforme PCDT específico;

Sim  Não

h) realiza tratamento hemoterápico para possíveis complicações hemorrágicas;

Sim  Não

i) unidade de Cuidado Integral ao AVC;

Sim  Não

j) ambulatório especializado próprio ou referenciado;

Sim  Não

k) garantir que o tratamento de fase aguda seja coordenado por neurologista;

Sim  Não

l) dispõe de equipe neurocirúrgica própria vinte e quatro horas (presencial ou disponível em até duas horas) ou referenciada (disponível em até duas horas); e

Sim  Não

m) oferta os seguintes procedimentos:

I - Eletrocardiograma (ECG);

Sim  Não

II - Serviço de laboratório clínico em tempo integral; e

Sim  Não

III - Serviço de radiologia.

Sim  Não

n) Garantia do acesso, por intermédio de termo de compromisso, nos termos do anexo IV a esta Portaria, aos seguintes procedimentos:

I - Ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais);

Sim  Não

II - Ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico;

Sim  Não

III - Angiografia;

Sim  Não

IV - Ressonância magnética;

Sim  Não

V - Angioressonância;

Sim  Não

VI - Ecodoppler transcraniano; e

Sim  Não

VII - Neuroradiologia intervencionista.

Sim  Não

3. A Unidade de Cuidado Integral ao AVC, dos Centros de Atendimento de Urgência Tipo III aos Pacientes com AVC, dispõe dos seguintes critérios:

a) Mínimo de 10 (dez) leitos.

Sim  Não

Número de leitos: \_\_\_\_\_

3.1 Recursos humanos:

a) 1 (um) responsável técnico neurologista com título de especialista em neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo MEC;

Médico: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_ CFM/CRM: \_\_\_\_\_

b) um médico, vinte e quatro horas por dia;

c) suporte de neurologista, vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, inclusive feriados;

d) um enfermeiro exclusivo na unidade;



- e) um técnico de enfermagem para cada quatro leitos;
- f) um fisioterapeuta para cada dez leitos, seis horas por dia;
- g) um fonoaudiólogo para cada dez leitos, seis horas por dia;
- h) um terapeuta ocupacional para cada dez leitos, seis horas por dia;
- i) um assistente social, seis horas por dia, de segunda a sexta-feira;
- j) suporte de psicólogo, nutricionista e farmacêutico na instituição;

### 3.2 Recursos Materiais:

- a) camas hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados;

Sim  Não

- b) um estetoscópio por leito;

Sim  Não

- c) dois equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") para cada leito, com reserva operacional de um equipamento para cada três leitos;

Sim  Não

- d) cinquenta por cento dos leitos com capacidade para monitoração contínua de frequência respiratória, oximetria de pulso, frequência cardíaca, eletrocardiografia, temperatura, pressão arterial nãoinvasiva;

Sim  Não

- e) pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;

Sim  Não

- f) uma máscara facial que permite diferentes concentrações de oxigênio para cada cinco leitos;

Sim  Não

- g) materiais para aspiração;

Sim  Não

- h) um eletrocardiógrafo portátil por unidade;

Sim  Não

- i) kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais:

- i. equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão autoinflável, com reservatório e máscara facial (ambu);

Sim  Não

- ii. cabos e lâminas de laringoscópio;

Sim  Não

- iii. tubos/câmulas endotraqueais;

Sim  Não

- iv. fixadores de tubo endotraqueal;

Sim  Não

- v. câmulas de Guedel; e

Sim  Não

- vi. fio guia estéril;

Sim  Não

- j) um equipamento desfibrilador/cardioversor por unidade;

Sim  Não

- l) um equipamento para aferição de glicemia capilar, específico por unidade;

Sim  Não

- m) uma maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio para cada dez leitos; e

Sim  Não

- n) cilindro transportável de oxigênio.

Sim  Não

- 3.3 A Unidade de Cuidado Integral ao AVC monitora e registra os indicadores de segurança e qualidade (assistenciais e de processo):

- I - profilaxia para trombose venosa profunda iniciada até o segundo dia;

Sim  Não

- II - alta hospitalar em uso de antiagregante plaquetário em pacientes com AVC não cardioembólico, salvo situações específicas que dependam da análise do quadro clínico do paciente;

Sim  Não

- III - alta hospitalar em uso de anticoagulação oral para pacientes com Fibrilação Atrial (FA) ou "Flutter", salvo contraindicações;

Sim  Não

- IV - uso de antiagregantes plaquetários, quando indicado, iniciado até o segundo dia de internação;

Sim  Não

V - alta hospitalar em uso de estatina para pacientes com AVC aterotrombótico, salvo contraindicações;

Sim  Não

VI - alta hospitalar com plano de terapia profilática e de reabilitação;

Sim  Não

VII - porcentagem de pacientes com doença cerebrovascular aguda atendidos na Unidade de AVC;

Sim  Não

VIII - o tempo de permanência hospitalar do paciente acometido por AVC visando redução do mesmo;

Sim  Não

IX - as seguintes complicações: trombose venosa profunda, úlcera de pressão, pneumonia, infecção do trato urinário;

Sim  Não

X - CID-10 específico do tipo de AVC à alta hospitalar;

Sim  Não

XI - mortalidade hospitalar por AVC, visando redução da mesma;

Sim  Não

XII - tempo porta-tomografia < 25 minutos; e

Sim  Não

XIII - tempo porta-agulha < 60 minutos.

Sim  Não

4. Possui Alvará de Funcionamento.

Sim  Não

Data de Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

5. Adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos de acordo com a Linha de Cuidados em AVC.

Sim  Não

INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:

\_\_\_\_\_

De acordo com vistoria realizada in loco, a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril, de 2012, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).

Sim  Não

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

\_\_\_\_\_

Gestor Municipal

\_\_\_\_\_

Gestor Estadual

#### ANEXO 21 DO ANEXO III

MODELO TERMO DE COMPROMISSO (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Anexo 4)

MODELO

TERMO DE COMPROMISSO

Conforme disposto no art. 6º, inciso III, da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012 e da Portaria nº \_\_\_\_/GM/MS de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2014, a Secretaria de Saúde do Município de \_\_\_\_\_ e/ou a Secretaria de Saúde do Estado de \_\_\_\_\_ e do Distrito Federal assume a responsabilidade de garantir, seja por meio de serviços próprios ou contratados, o acesso aos seguintes procedimentos:

- a) ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais);
- b) ressonância magnética;
- c) angioressonância;
- d) ecodoppler transcraniano;
- e) neuroradiologia intervencionista;
- f) ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transeofágico; e
- g) angiografia;

Por ser verdade, firmo o presente.

CIDADE - UF, \_\_\_\_ de (mês) de (ano).

Nome Completo \_\_\_\_\_

(Assinatura do Gestor Municipal e/ou Estadual e do Distrito Federal c/ carimbo)

#### ANEXO 22 DO ANEXO III

SALA MULTIUSO PARA REABILITAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Anexo 1)

Sala Multiuso para Reabilitação

As Salas Multiuso de Reabilitação poderão ser de dois tipos:

Tipo I - sala alocada em Hospitais Gerais ou Especializados que tiver na sua Unidade de Cuidados Prolongados módulos de 15 a 25 leitos, com dimensão mínima de 35m<sup>2</sup>.

Tipo II - sala alocada em Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (HCP) que contarem com a quantidade mínima de 40 leitos, com dimensão mínima de 75m<sup>2</sup>.

De acordo com a ABNT e RDC50 (2002), ficam definidas as seguintes especificações para a ambiência da Sala Multiuso para Reabilitação:

Sala Multiuso para Reabilitação Tipo I Área mínima: 35m<sup>2</sup>

As portas deverão ter altura mínima de 1,80m e vão mínimo de 1,50 revestidas de material lavável

A maçaneta deverá estar localizada entre 0,80 e 1,0m do solo.

Os interruptores devem se situar entre 0,60 e 1,0m do solo.

As tomadas devem se situar entre 0,40 e 1,0m do solo.

Piso: Liso (sem frestas), de fácil higienização e resistente aos processos de limpeza, descontaminação e desinfecção.

Parede: Lisa (sem frestas), de fácil higienização e resistente aos processos de limpeza, descontaminação e desinfecção.

Teto: deve ser resistente à lavagem e ao uso de desinfetantes.

Sala Multiuso para Reabilitação Tipo II

Área mínima: 75m<sup>2</sup>

As portas deverão ter altura mínima de 1,80m e vão mínimo de 1,50 revestidas de material lavável

A maçaneta deverá estar localizada entre 0,80 e 1,0m do solo.

Os interruptores devem se situar entre 0,60 e 1,0m do solo.

As tomadas devem se situar entre 0,40 e 1,0m do solo.

Piso: Liso (sem frestas), de fácil higienização e resistente aos processos de limpeza, descontaminação e desinfecção.

Parede: Lisa (sem frestas), de fácil higienização e resistente aos processos de limpeza, descontaminação e desinfecção.

Teto: deve ser resistente à lavagem e ao uso de desinfetantes.

Especificações dos Equipamentos

| EQUIPAMENTOS SALA MULTIUSO DE REABILITAÇÃO |                                |                                       |       |
|--|--------------------------------|---------------------------------------|-------|
| SALA TIPO II - 75m <sup>2</sup>            | SALA TIPO I - 35m <sup>2</sup> |                                       |       |
| EQUIPAMENTOS E MATERIAIS                   | QTDE.                          | EQUIPAMENTO E MATERIAIS               | QTDE. |
| AMBU                                       | 2                              | AMBU                                  | 1     |
| Andador (Adulto e Infantil)                | 2                              | Andador (Adulto e Infantil)           | 1     |
| Armários                                   | 2                              | Armários                              | 1     |
| Aspirador de Secreção portátil             | 2                              | Aspirador de Secreção portátil        | 1     |
| Barras Paralelas                           | 1                              | Barras Paralelas                      | 1     |
| Bengala                                    | 2                              | Bengala                               | 1     |
| Cadeiras                                   | 10                             | Cadeiras                              | 5     |
| Cilindro de Oxigênio                       | 1                              | Cilindro de Oxigênio                  | 1     |
| Escada Linear para Marcha (sem rampa)      | 1                              | Escada Linear para marcha (sem rampa) | 1     |
| Esfigmomanômetro                           | 1                              | Esfigmomanômetro                      | 1     |
| Estetoscópio                               | 1                              | Estetoscópio                          | 1     |
| FES  | 1                              | FES                                   | 1     |
| Goniômetro                                 | 1                              | Goniômetro                            | 1     |
| Lanterna clínica                           | 1                              | Lanterna clínica                      | 1     |
| Mesa Ortostática                           | 1                              | Mesa ortostática                      | 1     |
| Par de Muletas                             | 2                              | Par de Muletas                        | 1     |
| Mesa de reunião                            | 1                              | Mesa de reunião                       | 1     |
| Mesas auxiliares                           | 4                              | Mesas auxiliares                      | 4     |
| Mocho                                      | 2                              | Mocho                                 | 1     |
| Nebulizador Portátil                       | 1                              | Nebulizador Portátil                  | 1     |
| Oxímetro                                   | 1                              | Oxímetro                              | 1     |
| Prono-supinador                            | 1                              | Prono-supinador                       | 1     |
| TENS estimulador Transcutâneo              | 1                              | TENS estimulador transcutâneo         | 1     |
| Ultrassom para fisioterapia                | 1                              | Ultrassom para fisioterapia           | 1     |
| Computador                                 | 2                              | Computador                            | 1     |

#### ANEXO 23 DO ANEXO III

CRITÉRIOS PARA A ADEQUAÇÃO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE EM HOSPITAL ESPECIALIZADO EM CUIDADOS PROLONGADOS - HCP (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Anexo 2)

CRITÉRIOS PARA A ADEQUAÇÃO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE EM HOSPITAL ESPECIALIZADO EM CUIDADOS PROLONGADOS - HCP

A Adequação de uma Unidade de Saúde em Hospital Especializado em Cuidados Prolongados - HCP deverá cumprir os seguintes critérios:

Toda reforma ou ampliação na estrutura física da HCP deverá ser precedida de aprovação de projeto arquitetônico junto à autoridade sanitária local bem como do órgão municipal ou estadual competente. O HCP deverá atender aos requisitos de infraestrutura, previstas em normas pertinentes, normas específicas da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas e normas da Agência Nacional de Vigilância

Sanitária - ANVISA.

O HCP deverá garantir a acessibilidade a todas as pessoas com dificuldade de locomoção segundo o estabelecido em legislação específica e atender minimamente às seguintes exigências específicas: Os corredores devem possuir no mínimo 1,50 m de largura para permitir o trânsito de duas cadeiras de rodas.

Os balcões de atendimento devem ser acessíveis a cadeirantes. Uma parte da superfície do balcão, com extensão de no mínimo 0,90 m, deve ter altura de no máximo 0,90 m. Deve possuir também altura livre inferior de no mínimo 0,73 m do piso e profundidade livre inferior de no mínimo 0,30 m.

As portas que dão acesso aos leitos devem ter vão livre mínimo de 0,80 m e altura mínima de 2,10 m. A maçaneta deverá estar localizada entre 0,80 m e 1 m do solo.

Os leitos devem contar com uma faixa livre de circulação com no mínimo 0,90 m de largura, prevendo área de manobras para o acesso ao sanitário, camas e armários. Deve haver pelo menos uma área com diâmetro de no mínimo 1,50 m que possibilite um giro de 360° com cadeira de rodas.

Pelo menos 5% dos leitos devem ser acessíveis a cadeirantes, com altura de 0,46m. Recomenda-se que outros 10% sejam adaptáveis. Os interruptores devem se situar entre 0,60 m e 1 m do solo. Já as tomadas, devem se situar entre 0,40 m e 1 m do solo.

Nos sanitários é necessária a instalação de dispositivo de sinalização de emergência ao lado da bacia e do boxe do chuveiro, a uma altura de 0,40 m do piso acabado, para acionamento em caso de queda.

Os boxes para bacia sanitária devem possuir dimensão mínima de 1,50 m (largura) X 1,70 m e devem garantir as áreas para transferência diagonal, lateral e perpendicular, bem como área de manobra para rotação de 180°. Deve ser instalado um lavatório dentro do boxe, em local que não interfira na área de transferência. Quando a porta instalada for do tipo de eixo vertical, ela deve abrir para o lado externo do boxe. Recomenda-se a instalação de ducha higiênica ao lado da bacia, dotada de registro de pressão para regulação da vazão.

As bacias sanitárias devem estar a uma altura, com o assento, entre 0,43 m e 0,46 m do piso acabado. O acionamento da descarga deve estar a uma altura de 1,00 m, do seu eixo ao piso acabado, e ser preferencialmente do tipo alavanca ou com mecanismos automáticos.

Os lavatórios devem ser suspensos, sendo que sua borda superior deve estar a uma altura de 0,78 m a 0,80 m do piso acabado e respeitando uma altura livre mínima de 0,73 m na sua parte inferior frontal. O sifão e a tubulação devem estar situados a no mínimo 0,25 m da face externa frontal e ter dispositivo de proteção do tipo coluna suspensa ou similar. Não é permitida a utilização de colunas até o piso ou gabinetes. As torneiras de lavatórios devem ser acionadas por alavanca, sensor eletrônico ou dispositivos equivalentes. Quando forem utilizados misturadores, estes devem ser preferencialmente de monocomando. O comando da torneira deve estar no máximo a 0,50 m da face externa frontal do lavatório. Devem ser instaladas barras de apoio junto ao lavatório, na altura do mesmo.

(\*) Republicada por ter saído no DOU n- 237, de 10-12-2012, Seção 1, pág. 36, com incorreção no original.

#### ANEXO IV

Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Origem: PRT MS/GM 483/2014)

**Art. 1º** Este Anexo define a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 1º)

#### CAPÍTULO I

##### DAS DIRETRIZES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

##### Seção I

Das Disposições Gerais

(Origem: PRT MS/GM 483/2014, CAPÍTULO I)

**Art. 2º** Para efeito deste Anexo, consideram-se doenças crônicas as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 2º)

**Art. 3º** São princípios da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º)

**I** - acesso e acolhimento aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, I)

**II** - humanização da atenção, buscando-se a efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, II)

**III** - respeito às diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas e aos hábitos e cultura locais; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, III)

**IV** - modelo de atenção centrado no usuário e realizado por equipes multiprofissionais; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, IV)

**V** - articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, constituindo redes de saúde com integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, V)

**VI** - atuação territorial, com definição e organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas nas regiões de saúde, a partir das necessidades de saúde das respectivas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, VI)

**VII** - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de estrutura, processo e desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, VII)

**VIII** - articulação interfederativa entre os diversos gestores de saúde, mediante atuação solidária, responsável e compartilhada; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, VIII)

**IX** - participação e controle social dos usuários sobre os serviços; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, IX)

**X** - autonomia dos usuários, com constituição de estratégias de apoio ao autocuidado; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, X)

**XI** - equidade, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, XI)

**XII** - formação profissional e educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, XII)

**XIII** - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, XIII)

**Art. 4º** São objetivos da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 4º)

**I** - realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 4º, I)