



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA JURIDICA  
NÚCLEO DE APOSSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NAT-FEDERAL Nº 0923/2018

Rio de Janeiro, 31 de outubro de 2018.

Processo nº 5034224-74.2018.4.02.5101

ajuizado por [REDACTED]

[REDACTED] representada por [REDACTED]

[REDACTED]

O presente parecer técnico visa atender a solicitação de informações do 2º Juizado Especial Federal do Rio de Janeiro, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro quanto ao tratamento multidisciplinar e sessões de hemodiálise.

### I - RELATÓRIO

1. Para elaboração do presente Parecer Técnico foram considerados os documentos médicos mais recentes acostados ao processo, conforme abaixo.
2. De acordo com documentos médicos do Hospital Universitário Gaffrêe e Guinle; Serviço de Nefrologia – SUS (Evento1\_Doc.8\_pág.1; Evento1\_Doc.8\_pág.1), emitidos em 03 de setembro e 22 de outubro de 2018, pelo médico [REDACTED] (CREMERJ [REDACTED]), a Autora, 72 anos, obesa, portadora de hipertensão arterial de difícil controle, miocardiopatia hipertensiva, insuficiência renal crônica e acidente vascular cerebral isquêmico, foi internada em 04/05/2018 devido à evolução clínica da Doença Renal Crônica estágio V e a necessidade de iniciar tratamento de substituição da função renal. A hemodiálise foi iniciada no mesmo dia da internação e solicitada sua regulação para realização de hemodiálise em regime ambulatorial. Durante o período de internação apresentou intercorrências e complicações clínicas secundárias às suas enfermidades. Teve novo episódio de Acidente Vascular Encefálico com sequelas motoras na fase inicial, apresentou endocardite bacteriana e perda do acesso vascular para hemodiálise. Encontra-se internada, mas com alta hospitalar desde 11/09/2018, com acesso vascular por cateter de longa permanência para realização de hemodiálise. Foram informadas as seguintes Classificações Internacionais de Doenças (CID-10) I12 Doença renal hipertensiva, I13.1 Doença cardíaca e renal hipertensiva com insuficiência renal, I69.4 Sequelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico e N18.0 Doença renal em estágio final.

### II – ANÁLISE

#### DA LEGISLAÇÃO

1. A Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, atualizada pela Portaria nº 3.415, de 22 de outubro de 2018, contém as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) visando superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA JURIDICA  
NÚCLEO DE APOSSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

2. A Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.
3. O Anexo XXXIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
4. A Seção I, do Capítulo III, do Anexo IV, da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, atualizada pela Portaria nº 3.415, de 22 de outubro de 2018, define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui Incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.
5. A Deliberação CIB-RJ nº 0690 de 16 de julho de 2009 aprova a Rede de Terapia Renal (TRS) no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.
6. Considerando a Política Nacional de Regulação do SUS, disposta no Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017;

*Art. 9º § 1º O Complexo Regulador será organizado em:*

*I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;*

*II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e*

*III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.*

#### DA PATOLOGIA

1. A obesidade é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um agravo multifatorial originado, na maioria dos casos, pelo desbalanço energético, quando o indivíduo consome mais energia do que gasta. Essa configuração sendo positiva, resulta em ganho de peso. Há diversos métodos para avaliar se o peso de uma pessoa é excessivo. Na prática clínica cotidiana e para a avaliação em nível populacional, recomenda-se o uso do Índice de Massa Corporal (IMC) por sua facilidade de mensuração e por ser uma medida não invasiva e de baixo custo. O IMC é estimado pela relação entre o peso e a altura do indivíduo, expresso em kg/m<sup>2</sup> que, além de classificar o indivíduo com relação ao peso, também é um indicador de riscos para a saúde e tem relação com várias complicações metabólicas. Quando um IMC é igual ou superior a 30 kg/m<sup>2</sup>, sendo subdividido em termos de severidade em: IMC entre 30-34,9 – obesidade I, IMC entre 35-39,9 – obesidade II e IMC igual ou superior a 40 – obesidade III. É um dos fatores de risco mais importantes para outras doenças não transmissíveis, com destaque especial para as cardiovasculares e diabetes. O excesso de peso está claramente associado com o aumento



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA JURIDICA  
NÚCLEO DE APOSSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

da morbidade e mortalidade e este risco aumenta progressivamente de acordo com o ganho de peso<sup>1</sup>.

2. A hipertensão arterial é condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. É diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual. A linha demarcatória que define são os valores de PA sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou de PA diastólica  $\geq 90$  mmHg<sup>2</sup>.

3. Na fisiopatologia da cardiopatia isquêmica, dois processos estão implicados: a oferta e a demanda de oxigênio pelo miocárdio. A isquemia miocárdica ocorre quando há desequilíbrio na oferta e na demanda de oxigênio. Por outro lado, duas situações alteram a oferta de oxigênio para o miocárdio: a isquemia e a hipoxemia. Em algumas condições, o comprometimento da oferta de oxigênio é secundário à diminuição do fluxo sanguíneo, sendo essa a fisiopatologia da maioria dos casos de infarto agudo do miocárdio (IAM) e dos episódios de angina instável. Em outras situações, como a hipertrofia ventricular, o aumento na demanda de oxigênio é o principal responsável pela isquemia miocárdica. São fatores de risco tabagismo, hipertensão, dislipidemia, diabetes mellitus, intolerância à glicose, resistência à insulina, insuficiência renal crônica, obesidade, sedentarismo e deficiência de estrógeno. A terapêutica da miocardiopatia isquêmica baseia-se no enfoque dos seguintes aspectos: orientação geral com relação ao estilo de vida e incentivo para exercícios isométricos; tratamento e redução dos fatores de risco para doença coronária; uso de medicamentos antianginosos e antiplaquetários; tratamento de doenças concomitantes que piorem a isquemia miocárdica; e, por fim, a terapêutica invasiva com revascularização percutânea por angioplastia ou eventualmente cirúrgica com pontes de safena e anastomose mamária<sup>3</sup>.

4. A Insuficiência Renal Crônica (IRC) leva a alterações no metabolismo ósseo, com progressão destas alterações com o declínio da função renal. Os níveis de cálcio e fósforo e de seus hormônios reguladores, hormônio da paratireoide (PTH) e calcitriol, são alterados por múltiplos fatores, mas principalmente pela diminuição da eliminação renal do fósforo com conseqüente hiperfosfatemia, pela diminuição da produção do calcitriol pelo rim e pela hipocalcemia resultante destes dois processos. Além destas, ocorre também resistência ao PTH no rim e em tecidos periféricos, Hiperparatireoidismo Secundário e Terciário e alterações na degradação do PTH. O resultado final destas alterações é um padrão laboratorial que compreende hipocalcemia, hiperfosfatemia (levando a um aumento do produto cálcio-fósforo) e elevação do PTH (Hiperparatireoidismo Secundário)<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Cadernos de Atenção Básica nº 12, Brasília – DF, 2014. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_doenca\\_cronica\\_obesidade\\_cab36.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab36.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2018.

<sup>2</sup> SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v.95, n.1, supl.1, p.1-51, 2010, 57 p. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2018.

<sup>3</sup> CARVALHO, A. C. C., SOUSA, J. M. A. Cardiopatia Isquêmica. Rev. Bras. Hipertens. 8: 297-305, 2001. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/8-3/cardiopatia.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2018.

<sup>4</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SAS/MS nº 69, de 11 de fevereiro de 2010. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Osteodistrofia Renal. Disponível em:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA JURÍDICA  
NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO EM AÇÕES DE SAÚDE

5. O Acidente Vascular Encefálico (AVE) ou ainda Acidente Vascular Cerebral (AVC) significa o comprometimento funcional neurológico. As formas do AVE podem ser isquêmicas (resultado da falência vasogênica para suprir adequadamente o tecido cerebral de oxigênio e substratos) ou hemorrágicas (resultado do extravasamento de sangue para dentro ou para o entorno das estruturas do sistema nervoso central).<sup>5</sup> O AVE provoca alterações e deixa sequelas, muitas vezes incapacitantes, relacionadas à marcha, aos movimentos dos membros, à espasticidade, ao controle esfinteriano, à realização das atividades da vida diária, aos cuidados pessoais, à linguagem, à alimentação, à função cognitiva, à atividade sexual, à depressão, à atividade profissional, à condução de veículos e às atividades de lazer, podendo comprometer a vida dos indivíduos de forma intensa e global.<sup>6</sup>

6. A endocardite é a inflamação da camada interna do coração (endocárdio), a membrana contínua revestindo as quatro câmaras e valvas cardíacas. Frequentemente é causada por micro-organismos, inclusive bactérias, vírus, fungos, e rickettsias. Deixar a endocardite sem tratamento pode danificar as valvas cardíacas e tornar-se uma ameaça para a vida.<sup>7</sup>

### DO PLEITO

1. A hemodiálise (HD) é um procedimento dialítico, que remove os solutos acumulados, o excesso de água e restabelece a homeostase eletrolítica e ácido-básico do organismo, mediante o uso de uma máquina, na qual a filtração do sangue é feita por um rim artificial (dialisador ou capilar), fora do organismo. Para a realização da HD é necessário um acesso vascular, que pode ser temporário ou permanente. Os acessos permanentes podem ser: a fistula arteriovenosa (FAV), que é a anastomose entre uma artéria e uma veia, e o enxerto que consiste na interligação da artéria com a veia por meio de um enxerto autólogo (veia safena), o enxerto artificial (PTFE) heterólogo (bovino), e o cateter temporário duplo lúmen permanente. O acesso temporário mais utilizado é o cateter de duplo lúmen, usado em pacientes com lesão renal aguda, doença renal crônica sem acesso disponível para confecção da FAV, nas hemodíalises urgentes, e quando se perde o acesso definitivo (FAV) ou se aguarda a maturação do mesmo.<sup>8</sup>

### III – CONCLUSÃO

<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/07/pcdt-osteodistrofia-renal-2010.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2018.

<sup>5</sup> CHAVES, M. L. F. Acidente Vascular Encefálico. Rev. Bras. Hipertens. Porto Alegre, v. 7, n. 4, p. 372-382, 2000. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/7-4/012.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2018.

<sup>6</sup> CRUZ, K. C. T.; DIOGO, M. J. D. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 22, n. 5, out. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0103-21022009000500011&lng=pt&nm=iso&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0103-21022009000500011&lng=pt&nm=iso&lng=pt)>. Acesso em: 30 out. 2018.

<sup>7</sup> BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Descritores; endocardite. Disponível em: <[http://docs.bvs.br/cgi-bin/wxis1860.exe/decserver/7?isScript=..cgi-bin/decserver/decserver.xls&task=exact\\_term&previous\\_page=homepage&interface\\_language=p&search\\_language=p&search\\_exp=Endocardite&show\\_tree\\_number=T](http://docs.bvs.br/cgi-bin/wxis1860.exe/decserver/7?isScript=..cgi-bin/decserver/decserver.xls&task=exact_term&previous_page=homepage&interface_language=p&search_language=p&search_exp=Endocardite&show_tree_number=T)>. Acesso em: 30 out. 2018.

<sup>8</sup> FERNANDES, E. F. S. et al. Fistula arteriovenosa: autocuidado em pacientes com doença renal crônica. Medicina, Ribeirão Preto, v. 46, n. 4, p. 424-428, 2013. Disponível em: <[http://revista.fmrp.usp.br/2013/vol46n4/AO\\_F%EDstula%20arteriovenos-autocuidado%20em%20pacientes%20com%20doen%EA%20renal%20cr%F4nica.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2013/vol46n4/AO_F%EDstula%20arteriovenos-autocuidado%20em%20pacientes%20com%20doen%EA%20renal%20cr%F4nica.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2018.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA JURÍDICA  
NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO EM AÇÕES DE SAÚDE

1. A Doença Renal Crônica (DRC) consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Em sua fase mais avançada (chamada de fase terminal de insuficiência renal crônica – IRC), os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente. A fase terminal, ou fase V, da insuficiência renal crônica corresponde à faixa de função renal na qual os rins perderam o controle do meio interno, tornando-se este bastante alterado para ser compatível com a vida. Nesta fase, o paciente encontra-se intensamente sintomático. Suas opções terapêuticas são os métodos de depuração artificial do sangue (diálise peritoneal ou hemodiálise) ou o transplante renal<sup>9</sup>.

2. A diálise é um tratamento que visa repor as funções dos rins, retirando as substâncias tóxicas, o excesso de água e sais minerais do organismo, estabelecendo assim uma nova situação de equilíbrio. O tratamento dialítico pode ser realizado por diálise peritoneal ou hemodiálise. A hemodiálise consiste em um processo de filtração dos líquidos extracorporais do sangue, através de uma máquina que substitui as funções renais. Geralmente, a hemodiálise é realizada em sessões com duração média de três a quatro horas, três vezes por semana. Podem existir modificações no tempo e na frequência dessas sessões de acordo com o estado clínico do paciente. O principal objetivo do tratamento hemodialítico é minimizar os sintomas causados pelo mau funcionamento dos rins e beneficiar ao paciente uma melhor qualidade de vida<sup>10</sup>.

3. Frente ao exposto e considerando os documentos médicos acostados, informa-se que o tratamento com hemodiálise está indicado ao quadro que acomete a Autora – Doença Renal Crônica estágio V com necessidade de iniciar tratamento de substituição da função renal (Evento1\_Doc.8\_pág.1; Evento1\_Doc.8\_pág.1). Além disso está coberta pelo SUS, conforme Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS (SIGTAP), na qual constam: hemodiálise (máximo 3 sessões por semana) (03.05.01.010-7).

4. Salienta-se que de acordo com as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica<sup>11</sup>, o acompanhamento dos indivíduos em procedimento dialítico é realizado nas unidades de atenção especializadas em doença renal crônica, pelo nefrologista e equipe multiprofissional desse serviço, mantendo vínculo com as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

5. Destaca-se que, de acordo com documento médico (Evento1\_Doc.8\_pág.1; Evento1\_Doc.8\_pág.1), a Autora encontra-se internada no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, unidade de saúde pertencente ao SUS e habilitada para realização de tratamento dialítico ambulatorial (ANEXO I)<sup>12</sup>. Dessa forma, cabe esclarecer que é de

<sup>9</sup> JUNIOR, J. E. R. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. Jornal Brasileiro de Nefrologia, v. 26 (3suppl 1), n.3, 2004. Disponível em: <file:///C:/Users/07595037700/Downloads/v26n3s1a02.pdf>. Acesso em: 30 out. 2018.

<sup>10</sup> MACHADO, G. R. G.; PINHATI, F. R. Tratamento de diálise em pacientes com insuficiência renal crônica. Cadernos UNIFOA. Edição 26 / dezembro 2014. Disponível em: <http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/26/137-148.pdf>. Acesso em: 30 out. 2018.

<sup>11</sup> Ministério da Saúde, 2014. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\_clinicas\_cuidado\_paciente\_renal.pdf>. Acesso em: 30 out. 2018.

<sup>12</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional do Estabelecimentos de Saúde. Serviços especializados- Atenção a Doença Renal Crônica. Tratamento dialítico ambulatorial. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\_Ind\_Especialidades\_Listar.asp?VTipo=130&VLista=1&VEstado=33&VMun=330455&VComp=00&VTerc=00&VService=130&VClassificacao=001&VAmbu=&VAmbuSUS=1&V Hosp=&V HospSus=>. Acesso em: 30 out. 2018.




GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA JURIDICA  
NÚCLEO DE ASSESSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE


responsabilidade da referida unidade realizar seu tratamento, ou ainda, em caso de impossibilidade no atendimento da demanda, tal unidade deverá redirecionar a Autora para uma das unidades inseridas na Atenção a Doença Renal Crônica, com Classificação: Tratamento Dialítico Ambulatorial.

6. Cumpre esclarecer que a Deliberação CIB nº 3.793 de 06 de Julho de 2016<sup>13</sup> pactua as clínicas de hemodálise e seus respectivos hospitais de retaguarda para intercorrências intradialíticas no âmbito do SUS, no estado do Rio de Janeiro.

É o parecer.

Ao 2º Juizado Especial Federal do Rio de Janeiro, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, para conhecer e tomar as providências que entender cabíveis.

  
VIRGINIA S. PEDREIRA  
Enfermeira  
COREN 321.417

  
MARCELA MACHADO DURAO  
Assistente de Coordenação  
CRF-RJ 11517  
ID. 4.216.255-6

FLÁVIO AFONSO BADARÓ  
Assessor-chefe  
CRF-RJ 10.277  
ID. 436.475-02

<sup>13</sup> Deliberação CIB nº 3.793 de 06 de Julho de 2016: Pactua mudança nas referências de hospitais de retaguarda para intercorrência intradialítica. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/504-2016-deliberacoes/junho/4568-deliberacao-cib-n-3-793-da-06-de-julho-de-2016-republicada.html?highlight=WyJyZXB1Ym92Y2FKYSJd>>. Acesso: 30 out. 2016.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA JURIDICA  
NÚCLEO DE APOSSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

ANEXO I

Estado: RIO DE JANEIRO  
Município: RIO DE JANEIRO  
Tipo de Serviço:  
Serviço Especializado: ATENÇÃO A DOENÇA RENAL CRONICA  
Classificação: TRATAMENTO DIALITICO

Atendimento

Ambulatorial

SUS  Não SUS

Hospitalar

SUS  Não SUS

Existem 38 registros na tabela - Mostrando página 1 de 1

CNES	Estabelecimento	CNPJ	CNPJ Mantenedora
2295040	CDR ANIL	29472196071842	
2282140	CDR BOTAFOGO CL DE NEFROLOGIA	29472196020110	
2273230	CDR CASCAQUARA CL DE NEFROLOGIA	29472196001608	
2209768	CDR CENTRO CL DE NEFROLOGIA	29472196002833	
2160243	CDR TAQUARA CL DE NEFROLOGIA	29472196003309	
2562443	CDR VICENTE DE CARVALHO CLINICA DE DOENCAS REAIS	29472196003058	
2271306	CIN CENTRO INTEGRADO DE NEFROLOGIA	68372966000100	
2269864	CLINEX CLINICA DE NEFROLOGIA SANTA TERESA	77194388000109	
2078268	CNIC CENTRO NEFROLOGICO CARIOCA	68612266000129	
2293296	DAVITA BOTAFOGO	28000479000183	
2295288	DAMEN GRUPO DE ASSISTENCIA MEDICA NEFROLOGICA	28240219000123	
2273207	HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE	73696718000115	
2298740	HOSPITAL CLINICA GRAJAU	29474285000264	
2273213	HOSPITAL EVANGELICO DO RIO DE JANEIRO	33318021000169	
2295415	HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE	14022077000280	34022077000107
2269200	ME HSB HOSPITAL GERAL DE CONSUNCESSO	00394544020251	
2269775	ME HOSPITAL DE IPANEMA	00394544021000	
2295423	ME HOSPITAL FEDERAL CARDOZO FUNTES	00394544020372	
2273259	ME HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	00394544020453	
2201288	ME HSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	00394544021282	
2273424	ME INCA HOSPITAL DO CANCER I		00394544017150
2273276	ME INST NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD	00394544021253	
2202752	NEFROCLIN CL DE NEFROLOGIA	40400236000130	
2296114	PRODOCTOR SISTEMA INTEGRADO DE SAUDE	31252189000140	
2769753	RENAL VIDA BAURIA SERVICOS MEDICOS	31707250000129	
2269291	RENALCOR CL DE NEFROLOGIA	86798956000104	
9177847	RENALVIDA ASSISTENCIA INTEGRAL AO RENAL	04397894000136	
7643635	RENALVIDA ASSISTENCIA INTEGRAL AO RENAL CAMPO GRANDE	04397894000318	
2269288	SANTEL CAMPO GRANDE	29379286000140	
2273609	SANTEL SANTA CRUZ	29379286000220	
2273411	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL CARLOS CHAGAS	42493717000236	42493717000155
7165081	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL TRANSPLANTE CANCER E CIR INFANTIL		42493717000253
2269481	SMS HOSPITAL MUNICIPAL DA VILIDADE AP 22	00390545000197	
2261222	SMS RIO HOSPITAL MUNICIPAL FRANCISCO DA SILVA TELLES	003907838000175	
2268783	UFRRJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	38540014001714	32540014000157
2260167	UFRRJ HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	32662663005347	32662663000116
2296816	UFRRJ INST DE PUER.FED MANTOADA GESTEIRA	32662663003674	32662663000116
2269970	UNI RIM CL DE NEFROLOGIA	30712051000171	