

Portaria GM/MS n.º 628, de 26 de abril de 2001.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a transformação que vem ocorrendo nos últimos anos nos padrões nutricionais da população brasileira;

Considerando que a obesidade constitui-se em preocupação relevante para a saúde pública, uma vez que impõe a seu portador fator de risco à saúde e limitações de qualidade de vida;

Considerando a prevalência da obesidade mórbida e a verificação de casos que não respondem aos tratamentos habituais, implicando num aumento da morbimortalidade de seus portadores;

Considerando a necessidade de ampliar a oferta de serviços na área de gastroplastia e de criar mecanismos que facilitem o acesso dos portadores de obesidade mórbida, quando tecnicamente indicado, à realização do procedimento cirúrgico para tratamento, resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma do [Anexo I](#) desta Portaria, o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida – Gastroplastia no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

§ 1º O Protocolo de que trata esta Portaria deverá ser observado na avaliação inicial dos pacientes, na indicação do procedimento cirúrgico e na descrição da evolução daqueles pacientes submetidos à gastroplastia;

§ 2º É obrigatório o preenchimento de todas as informações contidas no Protocolo, pelas unidades que efetuarem a avaliação inicial e pelos Centros de Referência que realizarem o procedimento e o acompanhamento clínico dos pacientes;

§ 3º Decorridos 12 (doze) meses da realização do procedimento cirúrgico, o Centro de Referência deverá, obrigatoriamente, enviar o Protocolo devidamente preenchido ao Ministério da Saúde/ Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais/Coordenação-Geral de Sistemas de Alta Complexidade, para inserção no banco de dados de acompanhamento de cirurgia bariátrica;

§ 4º O não cumprimento do estabelecido no § 3º acarretará o descadastramento do Centro de Referência.

Art. 2º Aprovar, na forma do [Anexo II](#) desta Portaria, as Normas para Cadastramento e Centros de Referência em Cirurgia Bariátrica.

Art. 3º Relacionar, na forma do [Anexo III](#) desta Portaria, os hospitais já cadastrados no Sistema Único de Saúde como Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica.

Art. 4º Manter na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS, o Grupo de Procedimentos e o procedimento abaixo discriminados:

33.106.04-5 – Cirurgia de Estômago V

33.022.04-6 – Gastroplastia

SH	SP	SAD T	TOTA L	ATOM ED	ANE ST	PER M
1.000, 67	215, 90	130, 58	1.347, 22	386	284	10

Art. 5º Manter na Tabela de Órteses e Próteses do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS o material abaixo, para uso exclusivo no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida:

Código	Quantida de	Nome	Valor
93.481.30 -6	01	Kit Grampeador Linear Cortante + 03 Cargas	1.265,09

Art. 6º Manter a compatibilidade entre o procedimento e o material a baixo descritos:

33.022.04-6 – Gastroplastia
93.481.30-6 - Kit Grampeador Linear Cortante + 03 Cargas

Art. 7º Estabelecer que o procedimento e o material mantidos na Tabela do SIH/SUS, respectivamente pelos artigos 4º e 5º desta Portaria, somente poderão ser realizado/cobrado por hospital que esteja previamente cadastrado como Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica.

Parágrafo único. As despesas decorrentes do Tratamento Cirúrgico de Obesidade Móbida serão custeadas com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC

Art. 8º Definir que a Secretaria Executiva e a Secretaria de Assistência à Saúde poderão emitir atos conjuntos em complemento ao disposto nesta Portaria.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando as Portarias GM/MS nº 252, de 30 de março de 1999, Conjunta SE/SAS nº 45, de 10 de novembro de 1999, GM/MS nº 196, de 29 de fevereiro de 2000, e GM/MS nº 1.157, de 11 de outubro de 2000.

JOSÉ SERRA

ANEXO I

PROTOCOLO CLÍNICO – INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE MÓRBIDA (GASTROPLASTIA)

I – AVALIAÇÃO INICIAL

1- NOME DO PACIENTE: _____

2- IDADE: __ (anos) 3-PESO __ (kg) 4 – ALTURA __ (cm) 5- IMC __ (kg/m²)

3- SITUAÇÕES CLÍNICAS/DOENÇAS ASSOCIADAS

HAS [] Diabetes [] Dificuldades Respiratórias [] Artrose [] Outras []

OUTRAS (se assinalada a opção "outras" acima, informar)

4- Tempo de Duração da obesidade: _____ (anos)

5-Tentativas de tratamento clínico (descrever)

6- Avaliação Psicológica – pelo médico responsável (devem ser excluídas psicopatias graves, adicção à drogas e álcool – informar explicitamente estas situações ou sua ausência)

7 – Parecer do Médico Responsável:

[] O paciente preenche os critérios de indicação de gastroplastia

[] O paciente não preenche os critérios de indicação de gastroplastia

Indicações clínicas para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida:

a- Paciente portador de obesidade de grandes proporções, de duração superior a 02 (dois) anos, com Índice de Massa Corpórea superior a 40 kg/m² e resistente aos tratamentos conservadores (dietoterapêuticos, psicoterapêuticos, medicamentosos, por exercícios físicos) realizados, continuamente, há pelo menos 02 (dois) anos.

b- Pacientes obesos com IMC superior a 35 kg/m², portadores de doença crônica associada (diabetes, hipertensão, artropatias, hérnias de disco, apnéia do sono) cuja situação clínica é agravada pelo quadro de obesidade.

Para confirmar as indicações clínicas acima, devem ser excluídos:

Patologias endócrinas específicas;

Transtorno Mental, adicção a drogas ou álcool, outros transtornos;

Condições físicas/clínicas que contra-indiquem cirurgias de grande porte (cirrose hepática, cardiopatias, pneumopatias, insuficiência renal crônica e outras)

8- IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO E DO MÉDICO AVALIADOR

- Nome da Unidade Hospitalar
- Nome e CRM do Médico Avaliador

LOCAL E DATA _____

Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico pelas informações

II – AVALIAÇÃO DO CENTRO DE REFERÊNCIA

1- OBSERVAÇÕES SOBRE A AVALIAÇÃO
INICIAL: _____

2- O CENTRO DE REFERÊNCIA CONFIRMA A AVALIAÇÃO INICIAL

SIM NÃO

3- A GASTROPLASTIA ESTÁ INDICADA

SIM NÃO

4- O PACIENTE ESTÁ APTO A REALIZAR A CIRURGIA

SIM NÃO

5- IDENTIFICAÇÃO DO CENTRO DE REFERÊNCIA E DO MÉDICO RESPONSÁVEL
TÉCNICO

- Nome da Unidade Hospitalar

- Nome e CRM do Médico Responsável Técnico do Serviços de Cirurgia
Bariátrica

LOCAL E DATA _____

Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico

-

III- EVOLUÇÃO

1- IMC (na data da cirurgia) _____ kg/m²

2- Tempo decorrido entre a indicação e a realização da cirurgia _____

- 3- Intercorrências Cirúrgicas_____
- 4- Outras Observações sobre o Ato Cirúrgico_____
- 5- IMC (após 6 meses da gastroplastia)_____kg/m²
- 6- IMC (após 12 meses da gastroplastia)_____kg/m²
- 7- Comentários sobre a evolução do paciente_____

LOCAL E DATA_____

Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico

-

FLUXO ASSISTENCIAL

a – Avaliação Inicial – o paciente portador de obesidade mórbida deverá ser avaliado clinicamente em unidades de saúde (selecionadas pelo gestor do SUS), hospitais com serviço de cirurgia geral ou em Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica. Devem ser cheçadas as indicações clínicas para a realização de gastroplastia bem como as contra-indicações para a realização do procedimento, em conformidade com o item “I” do Protocolo aprovado nesta Portaria;

b- Referenciamento do Paciente – uma vez feita a avaliação inicial e tendo o paciente sido enquadrado nos critérios clínicos de indicação cirúrgica, o serviço que irá referenciar o paciente deverá preencher as o item “I” do Protocolo, enviando-o, junto ao encaminhamento do paciente, ao serviço que realizará o procedimento. No caso de a avaliação inicial ocorrer no próprio Centro de Referência, o mesmo deverá proceder ao preenchimento destas informações. As Secretarias de Saúde, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, devem adotar as medidas necessárias ao encaminhamento/deslocamento aos Centros de Referência dos pacientes portadores de obesidade mórbida que tenham sido identificados e que sejam candidatos à realização de tratamento cirúrgico, podendo para tanto utilizar como instrumento operacional o Tratamento Fora de Domicílio – TFD.

c- Realização da Gastroplastia – do procedimento cirúrgico – gastroplastia somente poderá ser realizado em hospitais que tenham sido previamente cadastrados no SUS como Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica. O Centro deverá avaliar o paciente a ele encaminhado ou triado em seus próprios serviços, a fim de confirmar os dados contidos na Avaliação Inicial do paciente e decidir pela indicação do tratamento cirúrgico e, se for o caso, realizá-lo. Deverá ser preenchido o item II do Protocolo.

d- Evolução Trans e Pós-operatória – O Centro de Referência que realizar o procedimento deverá anotar no item “III” do Protocolo os dados relevantes do trans-operatório e, no acompanhamento pós-

cirúrgico, a evolução clínica do paciente. Decorridos 12 (doze) meses da realização do procedimento, o Centro de Referência deverá enviar ao Ministério da Saúde / Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais/Coordenação-Geral de Sistemas de Alta Complexidade, completamente preenchido, cópia do Protocolo aprovado por esta Portaria e constante deste Anexo I. Os Centros cadastrados deverão realizar o acompanhamento clínico dos pacientes submetidos à cirurgia bem como garantir, em caso de intercorrência, a devida assistência hospitalar.

ANEXO II

NORMAS PARA CADASTRAMENTO

CENTROS DE REFERÊNCIA EM CIRURGIA BARIÁTRICA

1- NORMAS GERAIS

As presentes Normas Gerais são válidas para o cadastramento de Centros de Referência em Cirurgia Bariátrica.

1.1 - Processo de cadastramento

1.1.1 - A abertura de qualquer Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica deverá ser precedida de consulta ao Gestor do SUS, de nível local ou estadual, sobre as normas vigentes, a necessidade de sua criação e a possibilidade de cadastramento do mesmo, sem a qual o SUS não se obriga ao cadastramento.

1.1.2 - Uma vez confirmada a necessidade do cadastramento e conduzido o processo de seleção de prestadores de serviço pelo Gestor do SUS, o processo de cadastramento deverá ser formalizado pela Secretaria de Saúde do estado, do Distrito Federal ou do município em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades estabelecida na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2001.

1.1.3 - O Processo de Cadastramento deverá ser instruído com:

a - Documentação comprobatória do cumprimento das exigências estabelecidas por esta Portaria;

b - Relatório de Vistoria – a vistoria inicial deverá ser realizada “in loco” pela Secretaria de Saúde, que avaliará as condições gerais de funcionamento do serviço e a existência as condições para cadastramento – área física, recursos humanos, responsabilidade técnica, materiais/equipamento, recursos de diagnóstico/tratamento, rotinas escritas e o que mais for estabelecido como exigência para fins de cadastramento;

c - Parecer Conclusivo do Gestor – manifestação expressa, firmada pelo Secretário de Saúde, em relação ao cadastramento. No caso de Processo formalizado por Secretaria Municipal de Saúde de município em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, deverá constar, além do parecer do gestor local, o parecer do gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração do novo Serviço à rede de referência estadual

1.1.4 - Uma vez emitido o parecer a respeito do cadastramento pelo(s) Gestor(es) do SUS e se o mesmo for favorável, o Processo deverá ser encaminhado ao Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Sistemas e Redes Assistencial/Coordenação-Geral de Sistemas de Alta Complexidade, para análise;

1.1.5 - O Ministério da Saúde avaliará o Processo de Cadastramento e, uma vez aprovado, a Secretaria de Assistência à Saúde tomará as providências necessárias à sua efetivação.

1.2 - Exigências Gerais para Cadastramento:

Além das Normas Específicas de Cadastramento, o hospital para ser cadastrado como Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica deverá preencher os seguintes pré-requisitos básicos:

1.2.1- Tipo de Hospital

a - Ser hospital cadastrado pelo Sistema Único de Saúde e ter instalado e em funcionamento Serviço de Cirurgia Geral;

b - Possuir Serviço de Cirurgia Bariátrica devidamente instalado e em funcionamento;

c - Contar com Unidade de Terapia Intensiva – UTI, cadastrada no SUS como de Tipo II ou III;

d - Contar com ambulatório para avaliação pré-cirúrgica e acompanhamento pós-cirúrgico. Os Centros cadastrados deverão realizar o acompanhamento clínico dos pacientes submetidos à cirurgia bem como garantir, em caso de intercorrência, a devida assistência hospitalar.

1.2.2 – Área Física

A área física do Centro de Referência deverá se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as venham a substituí-los ou complementá-los, a saber:

a - Portaria GM/MS nº 1884, de 11 de novembro de 1994 – Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde;

b- Resolução nº 05, de 05 de agosto de 1993, do Conselho Nacional de Meio Ambiente - CONAMA.

1.2.3- Rotinas de Funcionamento e Atendimento

O Centro deve possuir Rotinas de Funcionamento escritas, atualizadas a cada quatro anos e assinadas pelo Responsável Técnico pelo Serviço de Cirurgia Bariátrica, contemplando, no mínimo, os seguintes itens:

a- Critérios de avaliação dos pacientes e de indicação do procedimento cirúrgico – em conformidade com o Protocolo estabelecido no Anexo I desta portaria;

b- Procedimentos médico-cirúrgicos;

d -Procedimentos de enfermagem;

e - Rotinas de suporte nutricional;

f - Rotinas de controle de Infecção;

g - Ficha própria para descrição do ato cirúrgico;

h - Rotinas de acompanhamento ambulatorial dos pacientes

1.2.4 - Registro de Pacientes

O Centro deve possuir um prontuário para cada paciente com 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. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico.

Informações Mínimas do Prontuário:

a- Identificação do paciente;

b- Histórico Clínico;

c - Avaliação Inicial – de acordo com o Protocolo estabelecido;

d - Indicação do procedimento cirúrgico;

e - Descrição do ato cirúrgico;

f - Condições na alta hospitalar;

g - Descrição da Evolução

1.2.5- Protocolo Clínico de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida – Gastroplastia.

O Protocolo aprovado por esta Portaria deverá ser observado na avaliação inicial dos pacientes, na indicação do procedimento cirúrgico e na descrição da evolução daqueles pacientes submetidos à gastroplastia. Quando se tratar de pacientes referenciados ao Centro, este deverá exigir do serviço que esteja referenciando o paciente, o envio, devidamente preenchida, da avaliação inicial do paciente.

É obrigatório o preenchimento de todas as informações contidas no Protocolo, pelas unidades que realizarem a avaliação inicial e pelos Centros de Referência que realizarem o procedimento e o acompanhamento clínico dos pacientes;

Decorridos 12 (doze) meses da realização do procedimento cirúrgico, o Centro de Referência deverá, obrigatoriamente, enviar o Protocolo devidamente preenchido à Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais/Coordenação-Geral de Sistemas de Alta Complexidade, para inserção no banco de dados de acompanhamento de cirurgia bariátrica.

1.2.6- Manutenção do Cadastramento

A manutenção do cadastramento estará vinculada :

a – ao cumprimento, pelo Centro, das Normas estabelecidas nesta Portaria;

b – ao preenchimento e envio, em tempo hábil, do Protocolo de cada paciente submetido à gastroplastia, decorridos 12 meses da realização do procedimento;

c – à avaliação de funcionamento do serviço por meio da realização de auditorias periódicas pela Secretaria de Saúde sob cuja gestão esteja o Centro de Referência.

2 - NORMAS ESPECÍFICAS

As exigências específicas para cadastramento de Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica são as seguintes:

2.1- Recursos Humanos

a - Responsável Técnico

O Serviço de Cirurgia Bariátrica do Centro de Referência deverá ter um responsável técnico - médico cirurgião com título de especialização em cirurgia bariátrica reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica – SBCB ou com título de cirurgião emitido pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões ou com Residência Médica em Cirurgia reconhecida pelo Ministério da Educação - MEC, com experiência profissional em cirurgia bariátrica;

b - Equipe Cirúrgica

Possuir, além do responsável técnico, equipe de cirurgiões composta por médicos com título de especialização em cirurgia bariátrica reconhecido pela SBCB, ou com título de cirurgião emitido pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões ou com Residência Médica em Cirurgia reconhecida pelo Ministério da Educação - MEC, com experiência profissional em cirurgia bariátrica;

c - Equipe Multiprofissional

Disponer de equipe multiprofissional composta por: endocrinologistas, nutricionistas, enfermeiros, anestesistas, intensivistas, fisioterapeutas, professores de educação física, psicólogos e assistentes sociais.

2.2- Área Física

Além do cumprimento da legislação de que trata o item 1.2.2 das Normas Gerais de Cadastramento, a área física do Centro deverá contar com as seguintes instalações:

a – sala de recepção e espera;

b – secretaria;

c – copa;

d – sanitários para paciente ambulatoriais;

e – sala para atendimento de urgência/emergência, com área mínima de 10 m², com sanitário, chuveiro, tanque de inox e lavabo para a equipe de saúde;

f – vestiário de enfermagem com sanitário e chuveiro, separados por sexo;

g – sala para conforto médico, com sanitário;

h – posto de enfermagem;

i – sala de serviço;

j – sala para guarda de material e equipamentos;

l – sala de utilidades/expurgo;

m – almoxarifado, com armário chaveado para guarda de psicotrópicos;

n – salas de cirurgia com lavabo e vestiário, com área mínima de 14 m²;

o – quartos com no máximo 02 leitos, lavabo para a equipe de saúde, sanitário e chuveiro;

p - rouparia;

q – sala para recreação, com área mínima de 15 m²;

r – quarto do médico plantonista, com sanitário e chuveiro;

s – consultório médico

2.3 – Materiais, Equipamentos e Instrumental Cirúrgico

Os Centros deverão contar com o seguinte:

2.3.1- Unidade Ambulatorial:

a – divã clínico;

b – escada com dois degraus;

c – estetoscópio;

d – esfigmomanômetro;

e – maca com grade;

f – mesa auxiliar (60x40x90 cm), com rodízios;

g – comadre/papagaio;

h – suporte para soro;

i – mesa;

j – cadeiras;

k – cadeira de rodas.

2.3.2 – Unidades de Internação:

a – camas com grades;

b - mesas de cabeceira;

c – escadas com dois degraus;

d – mesas para refeições;

e – arcos de proteção;

f – mesas auxiliares com rodízios (40x60x90 cm), para procedimentos;

g – suportes para soro;

h – estetoscópio e esfigmomanômetro/leito;

i- aspirador elétrico à vácuo, portátil;

j- bandejas para passagem de catéter venoso central e cateterismo vesical;

k– nebulizadores;

l– conjunto de inaladores;

m -balança antropométrica;

n- cadeira para banho;

o- oxímetro de pulso;

p– capnógrafo;

q- laringoscópio com fibra ótica;

r- desfibrilador – cardioversor;

- s– eletrocardiógrafo;
- t– carrinho de emergência;
- u– oto-oftalmoscópio;
- v– aspirador elétrico à vácuo portátil
- x– monitor de pressão arterial não-invasivo;
- z– conjunto de inalador e nebulizadores;
- a'– comadre/papagaio/leito;
- b'– bandeja inox;
- c'– cuba rim;
- d'– bacia inox;
- e' - jarra inox.

2.3.4 – Centro-Cirúrgico – além dos materiais/equipamentos específicos para gastroplastia:

- a – 1 foco cirúrgico;
- b – 1 mesa cirúrgica;
- c – 2 unidades de anestesia;
- d – 2 laringoscópios com fibra ótica;
- e– 1 monitor de E.C.G.;
- f– 1 capnógrafo;
- g - escada com 2 degraus;
- h - aspirador elétrico à vácuo portátil;
- i– mesa auxiliar com rodízios (40x60x90 cm).

2.4- Recursos Diagnósticos

O Centro deve contar em sua própria estrutura, nas 24 horas do dia, com:

2.4.1- Laboratório de Patologia Clínica no qual se realizem exames nas áreas de:

- a – bioquímica;
- b – hematologia;
- c – microbiologia;
- d – gasometria;
- e – líquidos orgânicos, inclusive Líquor.

Obs.: O laboratório deve possuir certificado de controle de qualidade.

2.4.2- Unidade de Imagenologia, equipada com:

- a – Raios -X;
- b – Raios -X portátil;
- c – Ultra-sonografia;
- d – Tomografia Computadorizada;
- e – Ressonância Magnética;.

Obs.: Os exames de Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do Centro. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS/MS nº 494, de 26 de agosto de 1999.

2.4.3 - Unidade de Anatomia Patológica, na qual se realizem exames nas áreas de:

- a – citologia;
- b – histologia;

Obs.: A unidade de Anatomia Patológica deve participar de programa de avaliação de qualidade.

2.4.4 – Endoscopia Digestiva e Fibrobroncoscopia

Estes procedimentos poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do Centro. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS/MS nº 494, de 26 de agosto de 1999.

2.5- Hemoterapia

O Centro deve contar com Banco de Sangue nas 24 horas do dia, próprio ou por meio de "acesso" (Portaria SAS/MS nº 494, de 26 de agosto de 1999) e Unidade Transfusional instalada em sua própria estrutura física.

ANEXO III

CENTROS DE REFERÊNCIA EM CIRURGIA BARIÁTRICA CADASTRADOS NO SUS

NOME	ESTADO	MUNICÍPIO	CGC
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO	CEARÁ	FORTALEZA	07.206.048/0002-80
HOSPITAL DAS CLINICAS DA UFMG	MINAS GERAIS	BELO HORIZONTE	17.217.985/0034-72
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE	MINAS GERAIS	BELO HORIZONTE	17.209891/0001-93
INSTITUTO OFIR LOIOLA	PARÁ	BELEM	78.640.489/0001-53
HOSPITAL DAS CLINICAS DA UFPR	PARANÁ	CURITIBA	75.095.679/0002-20
FUEM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	PARANÁ	MARINGÁ	79.151.312/0001-56
FUNDAÇÃO UNIVERSITARIA EST. LONDRINA – HOSP. UNIV. REG. DO NORTE DO PARANÁ	PARANÁ	LONDRINA	78.640.489/0001-53
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE	PERNAMBUCO	RECIFE	24.134.488/0001-08
HOSPITAL GERAL DE IPANEMA	R. DE JANEIRO	R. DE JANEIRO	00.394.544/0210-00
UNIÃO BRAS. EDUC. ASSOCIAÇÃO HOSPITAL SÃO LUCAS PUC	RIO GRANDE DO SUL	PORTO ALEGRE	88.630.413/0002-81
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	SANTA CATARINA	FLORIANOPOLIS	83899526/0001-82
H. DE CLINICAS DA FAC. MED – USP HOSP. UNIVERSITÁRIO	SÃO PAULO	SÃO PAULO	60.448.040/0001-22
REAL E BENEMÉRITA SOCIEDADE PORT. BENEFICÊNCIA	SÃO PAULO	SÃO PAULO	61.599.908/0001-58
IRM. SANTA CASA MIS. SÃO PAULO FAC. MED. S. CASA HOSP. UNIV. MEC MPAS	SÃO PAULO	SÃO PAULO	62.779145/0001-90
UNIV. ESTADUAL CAMPINAS UNICAMP HOSP. UNIV. MEC MPAS	SÃO PAULO	CAMPINAS	46.068.42/0001-33
FUNDAÇÃO MUNICIPAL ENSINO MARÍLIA HOSP. UNIVERS. MEC MPAS	SÃO PAULO	MARILIA	52.052.420/0001-15
FUND. APOIO AO ENSINO/PESQ. E ASSIST. DO HCFMRPUSP	SÃO PAULO	RIBEIRÃO PRETO	57.722.118/0001-40
ASSOCIAÇÃO DOS FORNECEDORES DE CANA DE PIRACICABA	SÃO PAULO	PIRACICABA	54.384.631/0002-61

