



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça
Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e
Resolução das Demandas de Assistência à Saúde (Res. CNJ n. 107/2010)

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA - COMESC

FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE, INSUMOS E PROCEDIMENTOS

ANEXO II

DADOS DO REQUERENTE:

Nome:	
CPF:	Cartão SUS:
Contato (email/telefone):	
Atendimento que originou a prescrição: () Particular () Convênio - Qual?	
() SUS - Unidade de atendimento:	

DADOS DA PRESCRIÇÃO:

Tratamento indicado:	
Posologia:	Duração do Tratamento:
Validade da Receita:	Registro na ANVISA: () Sim () Não
Indicação em conformidade com a aprovada no registro: () Sim () Não	
Previsto em PCDT ¹ da doença considerando a situação clínica do paciente: () Sim () Não	
Consta em padronização oficial (ex.: REMUNE, RENAME ou listas regionais ou estaduais) ² :	
() Sim () Não	

* O preenchimento do formulário deve ser feito pelo médico com **LETRA LEGÍVEL**, em atenção ao art. 11 do Código de Ética Médica (Resolução CFM Nº 1931/2009)

1 Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

2 REMUNE: Relação Municipal de Medicamentos / RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça
Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e
Resolução das Demandas de Assistência à Saúde (Res. CNJ n. 107/2010)

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA - COMESC

FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE, INSUMOS E PROCEDIMENTOS

ANEXO II

INFORMAÇÕES DO PACIENTE E JUSTIFICATIVAS DA IMPRESCINDIBILIDADE CLÍNICA DO TRATAMENTO³:

1. Qual(is) a(s) doença(s) que acomete(m) o requerente e que motivaram a prescrição?

CID:

Doença:

Data do diagnóstico:

1.2. Descreva as características da Doença (ex.: crônica/aguda; período de manifestação de sintomas; origem – genética/adquirida; gravidade – leve/moderada/grave; frequência dos sintomas – episódica/recorrente; localização – localizada/sistêmica; sintomas principais – respiratórios/digestivos/neurológicos; prognóstico – favorável/desfavorável):

1.3. Estado clínico do paciente:

³ Deve-se demonstrar a imprescindibilidade clínica do tratamento com o medicamento pleiteado mediante laudo médico fundamentado, que descreva detalhadamente o estado clínico do paciente, os tratamentos já realizados e a necessidade do medicamento solicitado.



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça
Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e
Resolução das Demandas de Assistência à Saúde (Res. CNJ n. 107/2010)

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA - COMESC

FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE, INSUMOS E PROCEDIMENTOS

ANEXO II

2. Quais as opções de tratamento oferecidas pelo SUS para a doença citada?

3. As alternativas terapêuticas oferecidas pelo SUS já foram utilizadas? () Sim () Não. Em caso afirmativo especifique os tratamentos, tempo de uso e a resposta do requerente:

3.1. O requerente faz uso de outro(s) tratamento(s) (farmacoterapêuticos ou não) para a condição objeto de solicitação e em relação a outras enfermidades? Qual(is)?

4. O tratamento indicado na sua prescrição pode ser substituído por alguma alternativa oferecida pelo SUS? () Sim⁴ - Especifique qual(is):



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça
Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e
Resolução das Demandas de Assistência à Saúde (Res. CNJ n. 107/2010)

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA - COMESC

FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE, INSUMOS E PROCEDIMENTOS

ANEXO II

() Não - Justifique detalhadamente:

1.1 Se apontada inefetividade terapêutica (evento adverso), esclareça os motivos que levaram a esta conclusão:

1.2 Houve notificação à ANVISA - NOTIVISA⁵ dos eventos acima?

() Sim () Não n°

INFORMAÇÕES SOBRE PROCEDIMENTO ou EXAME SOLICITADO

5. Nome:

Código SIGTAP:

6. Será realizado a nível ambulatorial () hospitalar ()

Conforme Resolução nº 1.451/95 do CFM , o procedimento/ exame tem caráter de:

Urgência () Emergência () Eletivo ()



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça
Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e
Resolução das Demandas de Assistência à Saúde (Res. CNJ n. 107/2010)

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA - COMESC

FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE, INSUMOS E PROCEDIMENTOS

ANEXO II

7. Necessita de OPME? () Não () Sim, quais?

8. Trata-se de procedimento minimamente invasivo:

Não () Sim ()

Se Sim, qual a técnica que será utilizada :

9. Existem outros procedimentos/exames com a mesma finalidade?

Não () Sim ()

Se sim, qual a diferença do resultado se comparado ao solicitado?

10. Sobre o tipo de risco que o paciente potencialmente está submetido sem o tratamento solicitado:

() vida () órgão qual(is)

() função qual(is)

11. Caso a solicitação seja de exame, o seu resultado poderá mudar a conduta terapêutica?

Não () Sim ()

Se Sim, explicar qual será a conduta tomada com base no resultado do exame:

12. Perpesctiva de evolução clínica com agravamento do quadro:



Poder Judiciário

**Conselho Nacional de Justiça
Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e
Resolução das Demandas de Assistência à Saúde (Res. CNJ n. 107/2010)**

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA - COMESC

**FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE PRODUTOS PARA
SAÚDE, INSUMOS E PROCEDIMENTOS**

ANEXO II

13. Qual o resultado/efeito esperado com o tratamento/procedimento?

14. Comorbidades ou outra condições que possam influenciar na indicação do tratamento/procedimento indicado:

15. Outras informações relevantes ao caso:

DA IMPARCIALIDADE DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA PRESCRIÇÃO DO MEDICAMENTO PLEITEADO:

Declaro, por fim, que não possuo qualquer interesse na prescrição do medicamento/insumo, que não a saúde do paciente, bem como não mantenho qualquer vínculo com a indústria farmacêutica, de órteses, próteses e materiais especiais, distribuidores e em pesquisa clínica relacionada à esta prescrição:

() Sim () Não

Prescritor (carimbo e assinatura):

Data:



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça
Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e
Resolução das Demandas de Assistência à Saúde (Res. CNJ n. 107/2010)

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA - COMESC

FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE, INSUMOS E PROCEDIMENTOS

ANEXO II

PARA PREENCHIMENTO PELO REQUERENTE:

11. O requerente possui convênio particular de saúde? () Sim. Qual:

() Não

11.1 Em caso afirmativo, houve a tentativa de obter o medicamento pelo convênio? () Sim () Não

11.2 Houve negativa? () Sim () Não 11.3. Negativa: () Verbal () Escrita Data:

12. O requerente buscou obter o medicamento pelo SUS? () Sim () Não

12.1 Houve negativa?⁶ () Sim () Não

12.2 Em caso afirmativo:

() Município () Verbal () Escrita Data:

() Estado () Verbal () Escrita Data:

() União () Verbal () Escrita Data:

TERMO DE CONSENTIMENTO:

Declaro que estou ciente das informações fornecidas e autorizo a exposição dos dados médicos em âmbito judicial e administrativo: () Sim () Não

Assinatura do Requerente: _____ Data: _____