



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

**RECOMENDAÇÃO COMESC 4**

Dispõe sobre os fluxos para cumprimento de decisões judiciais relacionadas a medicamentos, produtos para saúde, insumos e suplementos, procedimentos em saúde, Transtorno do Espectro Autista (TEA) e sobre formulários a serem preenchidos pelo médico assistente da parte autora.

**O COMITÊ DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**, no uso das suas atribuições, na forma disposta pela Resolução n. 388, de 15 de abril de 2021, do Conselho Nacional de Justiça;

**CONSIDERANDO** o disposto na Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990;

**CONSIDERANDO** o disposto na Recomendação n. 146, de 28 de novembro de 2023, do Conselho Nacional de Justiça;

**CONSIDERANDO** os termos da Resolução GP n. 63/2024 da Presidência do Tribunal de Justiça de Santa Catarina, os termos do Convênio n. 174/2015 firmado entre o Tribunal de Justiça de Santa Catarina e a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, assim como o Termo de Cooperação firmado entre o Conselho Nacional de Justiça e o Ministério da Saúde, instituindo o Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário;

**CONSIDERANDO** que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo como uma de suas diretrizes a descentralização, conforme dispõe o inciso I do art. 198 da Constituição Federal;

**CONSIDERANDO** que um adequado e padronizado procedimento de cumprimento das decisões judiciais nas demandas na área da saúde agiliza os trâmites processuais e confere maior efetividade à tutela jurisdicional;



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**PODER JUDICIÁRIO**  
**COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

**CONSIDERANDO** as teses fixadas nos Temas 1234 (RE 1.366.243) e 6 (RE 566.471) do Supremo Tribunal Federal e as Súmulas Vinculantes 60 e 61;

**CONSIDERANDO** a aprovação deste ato em reunião ordinária do Comitê Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina realizada em 30 de julho do ano de 2025.

**R E C O M E N D A:**

Art. 1º Ficam instituídos os fluxos para cumprimento de decisões judiciais que imponham ao Estado de Santa Catarina e aos Municípios, respeitadas as teses fixadas pelos Temas 1234 (RE 1.366.243) e 6 (RE 566.471) do Supremo Tribunal Federal, obrigações relacionadas a medicamentos, produtos para saúde, insumos e suplementos, procedimentos em saúde, ao Transtorno do Espectro Autista (TEA) e sobre protocolos a serem preenchidos pelo médico assistente da parte autora (Anexos I, II, III e IV - disponíveis em: <https://www.tjsc.jus.br/comesc>).

Parágrafo único. A presente recomendação tem por objetivo servir de orientação ao Poder Judiciário de Santa Catarina e às demais instituições envolvidas na judicialização do direito à saúde pública (Ministério Público, OAB, Defensoria Pública, entre outros), assim como pelos médicos e demais profissionais de saúde e da gestão pública.

**CAPÍTULO I**  
**FLUXO PADRÃO**

Art. 2º Fica instituído o fluxo padrão para cumprimento de decisões judiciais que imponham ao Estado de Santa Catarina e aos Municípios a obrigação pelo cumprimento de decisões relacionadas a medicamentos, produtos para saúde, insumos e suplementos, e procedimentos em saúde, respeitadas as teses fixadas pelos Temas 1234 (RE 1.366.243) e 6 (RE 566.471) do Supremo Tribunal Federal no que pertine aos medicamentos.



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**PODER JUDICIÁRIO**  
**COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

Art. 3º No fluxo padrão, caberá ao juízo avaliar a necessidade de adotar as seguintes providências antes da decisão liminar da tutela de urgência:

I - Intimação do(s) ente(s) público(s) demandados para que se manifeste(m) sobre o pedido de tutela antecipada, bem como para que informe(m) a existência de disponibilidade imediata do medicamento/insumo em estoque, a existência e a adoção de ata de registro de preço para aquisição do medicamento/insumo, a indicação, ainda que por estimativa, do prazo para conclusão do procedimento destinado à eventual aquisição e, se for o caso, a informação precisa quanto à inclusão da parte demandante no sistema interno de regulação do ente público, no prazo de 5 (cinco) dias, prorrogáveis justificadamente por igual período.

Parágrafo único. Nos casos em que o pedido em ação judicial seja a realização de consultas, exames, cirurgias, procedimentos especializados ou transferência hospitalar, recomenda-se consulta prévia ao(s) ente(s) público(s) demandado(s), no mesmo prazo previsto no inciso I, sobre a existência de lista de espera organizada e regulada pelo Poder Público para acessar o respectivo serviço, a fim de que eventual determinação judicial esteja pautada em protocolos clínicos ou ordem cronológica e não resulte na priorização de paciente que está na mesma situação clínica de outros que aguardam administrativamente pelo atendimento.

II - Providenciar a intimação do ente público, preferencialmente, pela via eletrônica, através do e-mail: [judicial@pge.sc.gov.br](mailto:judicial@pge.sc.gov.br) ou, não sendo viável, por oficial de justiça e, em quaisquer casos, com abertura automática do prazo nos processos eletrônicos;

III - Concomitante à providência do inciso I e, tratando-se de medicamentos não incorporados, dar atendimento à tese de repercussão geral do Tema 6, conforme Súmula Vinculante 61 do STF, a partir da prévia consulta ao Núcleo de Apoio Técnico - NATJUS, Estadual ou Nacional (Res. GP n. 63/2024 TJSC, Convênio n. 174/2015 TJSC e SES, Termo de Cooperação CNJ e MS);



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**PODER JUDICIÁRIO**  
**COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

Parágrafo único. Recomenda-se, sempre que possível, a consulta prévia ao Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário - NATJUS também quando a ação versar sobre produtos para saúde, insumos e suplementos, e procedimentos em saúde.

Art. 4º Nas demandas relacionadas a medicamentos, produtos para saúde, insumos e suplementos, e procedimentos em saúde, deve ser analisada na petição inicial a existência dos seguintes documentos e informações:

I - no caso de medicamento, prescrição médica atualizada, preferencialmente de até 3 (três) meses, com indicação do princípio ativo descrito pela DCB (denominação comum brasileira) ou, na sua ausência, pela DCI (denominação comum internacional), sendo observada a vedação de direcionamento à marca comercial;

II - no caso de produtos para saúde, insumos e suplementos, e procedimentos em saúde, prescrição atualizada, preferencialmente de até 3 (três) meses, sem direcionamento de marca comercial;

III - resposta à solicitação administrativa pelo ente público (estadual/municipal) quanto à tecnologia pleiteada;

IV - apresentação dos formulários dos Anexos I, II e III desta Recomendação, devidamente preenchidos pelo médico assistente, em que conste: condição clínica; CID; imprescindibilidade clínica do tratamento; tratamentos já realizados; alternativas terapêuticas do SUS utilizadas; impossibilidade justificada de substituição da prescrição por alguma alternativa oferecida pelo SUS; tratando-se de medicamentos não incorporados, manifestação sobre eventual análise pela CONITEC e indicação de evidências científicas de alto nível (ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas ou meta-análises) e demais informações pertinentes ao tratamento pleiteado;

V - apresentação dos demais documentos relacionados na Circular n.



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**PODER JUDICIÁRIO**  
**COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

195, de 22 de julho de 2021, da Corregedoria-Geral da Justiça do Estado de Santa Catarina, para subsidiar a elaboração da nota técnica pelo NATJUS, naquilo que for aplicável ao caso, especialmente (i) prontuário médico completo do paciente, com informações referentes à(s) tecnologia(s) pleiteada(s), com data de diagnóstico da doença, evolução clínica, tratamentos já utilizados; (ii) exames (com os respectivos laudos, se for o caso) que comprovem a imprescindibilidade do uso da tecnologia pleiteada; (iii) caso já em uso do medicamento pleiteado, informações quanto aos desfechos obtidos até o momento e apresentação de exames que demonstrem a efetividade ou a falha do tratamento; (iv) em caso de tratamento *off label*, justificativa técnica fundamentada e embasada por evidências científicas de alto nível; (v) informações quanto às medidas não farmacológicas adotadas (ex.: em caso de doença metabólica - dieta e exercícios físicos; em caso de doença psiquiátrica - psicoterapia e exercícios físicos);

VI - dados pessoais do paciente: nome completo; CPF; data de nascimento; endereço completo; telefone do paciente ou representante legal (arts. 1º e 2º do Provimento n. 61, de 17 de outubro de 2017, da Corregedoria Nacional de Justiça);

Art. 5. Por força dos Temas 6 e 1234 e Súmulas Vinculantes do STF, no caso de medicamentos não incorporados, competirá ao juízo sob pena de nulidade da decisão judicial:

I - analisar o ato administrativo comissivo ou omissivo de não incorporação pela Conitec ou da negativa de fornecimento da via administrativa, à luz das circunstâncias do caso concreto e da legislação de regência, especialmente a política pública do SUS, não sendo possível a incursão no mérito do ato administrativo;

II - aferir a presença dos seguintes requisitos de dispensação do medicamento, a partir da prévia consulta ao Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NATJUS), sempre que disponível na respectiva jurisdição, ou a entes ou



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**PODER JUDICIÁRIO**  
**COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

pessoas com expertise técnica na área, não podendo fundamentar a sua decisão unicamente em prescrição, relatório ou laudo médico juntado aos autos pelo autor da ação:

a) negativa administrativa de fornecimento do medicamento, no termos do item 4 do Tema 1234 do STF;

b) ilegalidade do ato de não incorporação do medicamento pela Conitec, ausência de pedido de incorporação ou da mora na sua apreciação, tendo em vista os prazos e critérios previstos nos artigos 19-Q e 19-R da Lei n. 8.080/1990 e no Decreto n. 7.646/2011;

c) impossibilidade de substituição por outro medicamento constante das listas do SUS e dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas;

d) comprovação, à luz da medicina baseada em evidências, da eficácia, acurácia, efetividade e segurança do fármaco, necessariamente respaldada por evidências científicas de alto nível, ou seja, unicamente em ensaios clínicos randomizados e revisão sistemática ou meta-análise;

e) imprescindibilidade clínica do tratamento, comprovada mediante laudo médico fundamentado, descrevendo inclusive o tratamento já realizado;

f) comprovação da incapacidade financeira da parte em arcar com o custo do medicamento.

III - no caso de deferimento judicial do fármaco, oficiar aos órgãos competentes para avaliarem a possibilidade de sua incorporação no âmbito do SUS.

Art. 6º Para caso de deferimento da antecipação da tutela, recomenda-se que a decisão judicial:



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**PODER JUDICIÁRIO**  
**COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

I - determine à parte autora do processo que comprove administrativamente ao ente que cumpre a decisão a necessidade de manutenção do tratamento, através da apresentação de prescrições médicas atualizadas na periodicidade que determina a legislação sanitária, ou na falta desta, minimamente a cada 6 (seis) meses para tratamentos contínuos;

II - cientifique a parte autora de que configura abandono de tratamento a não retirada injustificada do medicamento e outros produtos por mais de 3 (três) meses consecutivos, situação em que o demandado poderá suspender as respectivas aquisições, assim como informar ao juízo o abandono, o que poderá acarretar a extinção do processo, sem prejuízo da determinação de reparação ao ente público;

III - cientifique a parte autora que eventuais medicamentos não utilizados no tratamento deverão ser entregues/devolvidos ao local público em que houve a dispensação;

IV - tratando-se de medicamento não incorporado, na forma definida pelo Tema 1234, item II - 2.1. da Ata de Julgamento do STF, e, até que sobrevenha a Plataforma Nacional, determine à parte autora que, através do médico prescritor, apresente, pelo menos semestralmente, na via administrativa, relatório atualizado do seu estado clínico, com informações detalhadas sobre o progresso do tratamento, incluindo melhorias, estabilizações ou deteriorações no seu estado de saúde, assim como qualquer mudança relevante no plano terapêutico;

V - tratando-se de medicamento não incorporado, estabeleça que o valor da venda do medicamento seja limitado ao preço com desconto, proposto no processo de incorporação da Conitec (se for o caso, considerando o *venire contra factum proprium/tu quoque* e observado o índice de reajuste anual de preço de medicamentos definido pela CMED), ou o valor já praticado pelo ente em compra pública, aquele que seja identificado como menor valor, nos termos definidos pelo Tema 1234 do STF e pelo art. 9º da Recomendação n. 146/2023 do CNJ.



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

§ 1º Nas ações que tenham por objeto o fornecimento de medicamentos, insumos e tratamento de saúde, será privilegiada a tutela específica, consistente no cumprimento *in natura* da prestação, mediante fornecimento administrativo ou entrega intermediada pelo juízo.

§ 2º A forma de aquisição, o local e o procedimento de entrega dos produtos e medicamentos serão definidos pelo ente público responsável pelo cumprimento.

§ 3º Na hipótese excepcional de entrega do medicamento, do produto ou da tecnologia na residência da parte autora, caberá a ela informar o respectivo recebimento no processo judicial.

**CAPÍTULO II**

**PRAZOS PARA CUMPRIMENTO DE DECISÕES JUDICIAIS RELACIONADAS  
A MEDICAMENTOS, PRODUTOS PARA SAÚDE, INSUMOS E SUPLEMENTOS**

Art. 7º Ficam estipulados os seguintes prazos para entrega de medicamentos, produtos para saúde, insumos e suplementos, conforme determinação judicial:

I - para produtos ou medicamentos em estoque no ente público: 20 (vinte) dias;

II - caso não exista estoque dos produtos ou medicamentos no ente público:

a) para produtos ou medicamentos registrados no Ministério da Saúde com Ata de Registro de Preços vigente: 40 (quarenta) dias;

b) para produtos ou medicamentos registrados no Ministério da Saúde sem Ata de Registro de Preços vigente: 90 (noventa dias).



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

c) para produtos ou medicamentos importados: 240 (duzentos e quarenta) dias.

§ 1º Em relação a existência do produto ou medicamento em estoque, recomenda-se ao juízo que solicite esta informação ao(s) ente(s) demandado(s), no prazo do contraditório prévio previsto no art. 1º, inciso I.

§ 2º Em relação à existência de Ata de Registro de Preços vigente, poderá o juízo efetuar consulta ao Painel de Preços Homologados de Santa Catarina, contido no Portal de Compras do Governo de Santa Catarina, através do link: <https://shre.ink/xSlp>.

§ 3º Constando da ata de registro de preço o medicamento em apresentação diversa da prescrita, seja em relação à dosagem, forma farmacêutica ou via de administração, poderá o juízo intimar a parte para que junte prescrição informando a possibilidade de adequação de modo a permitir um cumprimento mais célere.

**CAPÍTULO III  
PRAZOS PARA CUMPRIMENTO DE DECISÕES JUDICIAIS QUE ENVOLVAM  
PROCEDIMENTOS EM SAÚDE**

Art. 8º Ficam estipulados os seguintes prazos para internamento, transferência de paciente internado e tratamento de paciente não internado, conforme determinação judicial:

I - para internamento em leito de UTI: 48 (quarenta e oito) horas;

II - transferência de paciente internado:

a) para tratamento especializado emergencial: 48 (quarenta e oito) horas;



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

b) para tratamento especializado não emergencial: 10 (dez) dias.

III - encaminhamento de paciente não internado:

a) para tratamento não previsto na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Medicamentos Especiais do Sistema Único de Saúde ("Tabela SIGTAP"): 120 (cento e vinte) dias;

b) para tratamento eletivo cirúrgico: 90 (noventa) dias;

c) para consultas e exames especializados: 120 (cento e vinte) dias;

d) para procedimentos que envolvam órteses, próteses e materiais especiais: 120 (cento e vinte) dias.

#### **CAPÍTULO IV**

#### **PRAZOS E FLUXO PARA CUMPRIMENTO DE DECISÕES JUDICIAIS QUE ENVOLVAM PROCEDIMENTO EM SAÚDE MENTAL**

Art. 9º Ficam estipulados os seguintes prazos para procedimentos em saúde mental, conforme determinação judicial:

I - para atenção primária à saúde, CAPS, ambulatório e leito de hospital geral: 5 (cinco) dias;

II - no caso de internação em hospital especializado em psiquiatria: 72 (setenta e duas) horas.

§ 1º Para internação em hospital especializado em psiquiatria, a parte autora deve apresentar o Laudo Médico Circunstanciado antes do deferimento da tutela, nos termos do art. 6º da Lei Federal n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Caso seja deferido o pedido, o autor(a) deve igualmente apresentar o Laudo Médico



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

Circunstanciado no momento da entrada na unidade hospitalar.

§ 2º O Laudo Médico Circunstanciado, mencionado no § 1º deste artigo, deve informar as condições previstas no art. 31 da Resolução n. 2.057, de 12 de novembro de 2013, do Conselho Federal de Medicina.

**CAPÍTULO V  
FLUXO PARA CUMPRIMENTO DE DECISÕES JUDICIAIS QUE ENVOLVAM O  
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)**

Art. 10 No fluxo para cumprimento de decisão judicial que envolva o Transtorno do Espectro Autista (TEA), antes da decisão liminar da tutela de urgência, cabe ao(a) magistrado(a) intimar o(s) ente(s) público(s) para que se manifeste(m) sobre o pedido de tutela antecipada, no prazo de 30 (trinta) dias.

Parágrafo único. Para demandas judiciais relacionadas a Transtorno do Espectro Autista (TEA), deve ser analisada na petição inicial a existência do formulário do Anexo IV desta Recomendação, devidamente preenchido pelo médico assistente.

Art. 11 Após ser intimado nos termos do *caput* do art. 10, o ente público apresentará, em sua resposta, o encaminhamento realizado para a Atenção Primária à Saúde (APS) e o relatório preliminar com a condição de saúde do paciente do médico da APS (Encaminhamento preenchido e Projeto Terapêutico Singular/Compartilhado - Anexos V e VI).

§ 1º Para elaboração do relatório preliminar com a condição de saúde do(a) paciente, na APS, deverá o ente público quando necessário:

I - Vincular o(a) paciente ao SUS;

II - Encaminhar o(a) usuário(a) do SUS para avaliar as condições de



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**PODER JUDICIÁRIO**  
**COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

saúde na Atenção Primária à Saúde e preenchimento do Encaminhamento e Plano Terapêutico Singular/Compartilhado (Anexos V e VI);

III - O médico da APS indicará no Plano Terapêutico Singular/Compartilhado (Anexo VI) quais os tratamentos e encaminhamentos necessários ao usuário.

IV - O usuário sendo encaminhado para outros profissionais de saúde na APS (fonoaudiólogo, psicólogo, fisioterapeuta, etc), e/ou para Serviço de Reabilitação de Deficiência Intelectual/TEA, e/ou para Serviço de Estimulação Precoce (Anexo V), deverá ser inserido em fila de espera para o atendimento na sua referência.

V - O usuário aguardando agendamento de consulta nos serviços para os outros profissionais de saúde na APS (fonoaudiólogo, psicólogo, fisioterapeuta, etc), e/ou para Serviço de Reabilitação de Deficiência Intelectual/TEA, e/ou para Serviço de Estimulação Precoce, deverá ser agendado com prioridade aos demais pacientes que aguardam em fila de espera.

Art. 12 Concordando o ente público com o diagnóstico da petição inicial (diagnóstico consistente), é de suma importância que conste no relatório do art. 10, § 1º, o planejamento terapêutico compartilhado.

§ 1º No planejamento terapêutico compartilhado deverá constar o diagnóstico, os objetivos do tratamento, serviços de saúde envolvidos, rede intersetorial, abordagem família/escola e os encaminhamentos.

§ 2º O médico da APS, não concordando com o diagnóstico da petição inicial (sem diagnóstico consistente), deve submeter o paciente, no prazo de até 120 (cento e vinte) dias, a uma segunda opinião da Equipe Multidisciplinar de referência do(a) usuário(a) para Reabilitação Intelectual na Atenção Especializada, para então ser apresentado um relatório com a síntese da avaliação e as



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**PODER JUDICIÁRIO**  
**COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

recomendações e encaminhamentos necessários.

§ 3º Caso o usuário esteja aguardando agendamento de consulta no serviço especializado na Reabilitação Intelectual – Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo de referência, o mesmo deverá ser agendado com prioridade aos demais pacientes que aguardam em fila de espera, para a avaliação e conduta desta segunda opinião.

§ 4º Os profissionais e serviços de assistência ao usuário, sejam eles da APS, Serviço de Reabilitação de Deficiência Intelectual/TEA e/ou para Serviço de Estimulação Precoce, deverão encaminhar semestralmente e quando da alta do serviço, relatório de monitoramento do atendimento do usuário, como contracautela.

§ 5º Nos casos de decisão judicial para serviços privados, os profissionais e serviços de assistência ao paciente, deverão encaminhar a avaliação (Anexo IV) e PTS (Anexo V). Semestralmente e quando da alta do serviço, deverão encaminhar relatório de monitoramento do atendimento do usuário, como contracautela e para ciência da Secretaria de Estado da Saúde.

**CAPÍTULO VI**  
**FLUXO PARA O DESCUMPRIMENTO DAS**  
**DECISÕES JUDICIAIS**

Art. 12 No caso de descumprimento da determinação judicial no prazo fixado e requerendo a parte autora a realização de bloqueio de valores visando a efetivação da medida, recomenda-se que a petição inicial seja instruída com 3 (três) orçamentos de fornecedores diversos e com prescrição médica emitida há menos de 90 (noventa) dias.

§ 1º Os orçamentos apresentados deverão observar a regulamentação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) em relação ao Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG) com redução de valor mediante



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**PODER JUDICIÁRIO**  
**COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

aplicação do Coeficiente de Adequação de Preço (CAP), nos termos da sua Resolução n. 3/2011, e suas posteriores alterações, e que vincula inclusive distribuidoras, empresas produtoras de medicamentos, representantes, postos de medicamentos, unidades volantes, farmácias e drogarias, ou, ainda, preços registrados em atas de registros de preços que observem a referida regulamentação geral (PMGV/CAP), sempre buscando, em qualquer caso, aquele que seja identificado como o menor valor (art. 9º da Recomendação n. 146/2023 do CNJ).

§ 2º Nos orçamentos deverão constar os seguintes dados dos fornecedores:

I - dados bancários (conta e agência);

II - número do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas, constando o nome do representante pessoa física com CPF;

III - endereço físico do estabelecimento;

IV - endereço de e-mail, telefone e *WhatsApp*.

§ 3º Caso haja recusa do fornecedor em emitir orçamentos observando o disposto neste artigo, a parte deverá informar ao juízo, apresentando pelo menos 3 (três) orçamentos, justificando fundadamente eventual impossibilidade, sugerindo-se que o juízo comunique o fato à CMED e ao Ministério Público para que adotem as medidas que entenderem pertinentes.

Art. 13 Na petição inicial que requerer o sequestro a parte autora deverá indicar qual foi o fornecedor que apresentou o menor orçamento, os seus dados, conforme § 2º do artigo anterior, e qual é o valor necessário para garantir o tratamento pelo prazo de 1 (um) mês, considerando o menor valor orçado.



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**PODER JUDICIÁRIO**  
**COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

Parágrafo único. Em caso de prestação continuada, a parte autora poderá indicar o valor para aquisição do medicamento suficiente para 3 (três) meses de tratamento.

Art 14 Tratando-se de descumprimento de tutela antecipada, diante do disposto no artigo 519 do Código de Processo Civil e considerando a existência da Classe Processual Padronizada 10980 instituída pelo CNJ, bem como a Orientação n. 56/2015, da Corregedoria-Geral de Justiça de Santa Catarina, recomenda-se a instauração de incidente para cumprimento provisório de decisão, com numeração própria, distribuído por dependência ao processo principal, com indicação do assunto correspondente do Direito à Saúde.

Parágrafo único. Recomenda-se que o mesmo procedimento indicado no *caput* deste artigo, assim como nos artigos seguintes, seja aplicado nos casos de cumprimento provisório ou definitivo da sentença, com a utilização das Classes Processuais Padronizadas 157 e 12078, respectivamente.

Art. 15 Apresentada a informação de descumprimento e o pedido de bloqueio, recomenda-se que o juízo determine a intimação do(s) ente(s) público(s) demandado(s) para, no prazo de 15 (quinze) dias, justificar(em) fundamentamente o descumprimento, informar(em) a existência de algum vício ou impedimento em relação aos fornecedores indicados pela parte autora e, em caso de impossibilidade de adquirir o medicamento em tempo hábil, indicar(em) o fornecedor/distribuidor que comercialize o medicamento pleiteado.

Parágrafo único. Se indicado o fornecedor/distribuidor pelo(s) ente(s) público(s), caberá à serventia judicial proceder à sua intimação para apresentação de orçamento, o qual deverá conter:

I - dados bancários (conta e agência);

II - número do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas, constando o



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

nome do representante da pessoa física com CPF;

III - endereço físico do estabelecimento;

IV - endereço de e-mail, telefone e *WhatsApp*.

Art. 16 Realizado o bloqueio e não havendo impugnação, recomenda-se que o juízo transfira os valores bloqueados para a conta do fornecedor/distribuidor ou para o estabelecimento de saúde que realiza o tratamento, intimando-se-o da forma mais célere para efetuar a entrega do medicamento/insumo, no prazo assinalado, diretamente na unidade responsável pela dispensação de medicamentos do ente público que suportou o ônus ou na unidade hospitalar onde a parte autora realiza o tratamento.

§ 1º Em caso de prestação continuada, recomenda-se ao juízo efetuar o bloqueio de valor para aquisição do medicamento suficiente para 3 (três) meses de tratamento, devendo a transferência do valor bloqueado ser efetuada mensalmente ao fornecedor/distribuidor.

§ 2º Em nenhuma hipótese poderá haver a liberação do valor bloqueado diretamente à parte autora, nos termos determinados pelo STF no Tema 1234 e Súmula Vinculante 60.

Art. 17 A compra e dispensação judicial por meio de bloqueio exigirá a prestação de contas.

§ 1º O fornecedor/distribuidor ou o estabelecimento de saúde deverá ser intimado para, no prazo de 30 (trinta) dias, apresentar prestação de contas ao juízo, que verificará, entre outras questões específicas do caso, o atendimento das condições de preço estabelecidos e as descrições de posologia constantes da decisão.



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**PODER JUDICIÁRIO**  
**COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

§ 2º A prestação de contas se dará mediante apresentação de documentos fiscais em primeira via ou Nota Fiscal Eletrônica, conforme legislação tributária, que atestem a devida utilização do recurso público para aquisição do medicamento ou tratamento judicializado. Os comprovantes devem ser preenchidos com clareza, sem emendas, rasuras e demais alterações que possam comprometer sua credibilidade.

§ 3º No documento fiscal ou Nota Fiscal Eletrônica deverá indicar a data da emissão, nome, endereço e CNPJ do órgão ou entidade a que pertencer os recursos, bem como a descrição do objeto da despesa, quantidade, valor unitário e total de cada produto ou serviço.

I - nota fiscal preferencialmente em nome do ente público, ou, quando se tratar de compra internacional, documento equivalente. Apenas será admitido recibo quando se tratar de prestação de serviços por contribuinte que não esteja obrigado a emitir documento fiscal, conforme legislação tributária. O recibo deverá conter a descrição dos serviços, produtos ofertados, o nome, endereço, CPF do emitente, valor pago e as deduções efetuadas.

II - prontuário de atendimento, no caso de tratamento de saúde de caráter continuado ou não. E quando se tratar de procedimento, o relatório discriminado de todo o atendimento prestado com os valores correspondentes para efeito de prestação de contas.

§ 4º Apresentados os documentos pertinentes, recomenda-se a intimação das partes para manifestação. Havendo concordância, o juízo homologa a prestação de contas e encerra o procedimento de cumprimento provisório.

§ 5º Recebidos os valores, caso não sejam entregues os medicamentos ou prestadas contas no prazo assinado, recomenda-se que o juízo adote os atos necessários, nos próprios autos, para ressarcir o ente público com a realização, inclusive, de bloqueio em contas do fornecedor que recebeu os recursos públicos,



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

comunicando-se o fato ao Ministério Público para adoção das medidas que entender cabíveis.

**CAPÍTULO VII  
FLUXO PARA O CASO DE INCORPORAÇÃO DO TRATAMENTO OU  
MEDICAMENTO JUDICIALIZADO AO SUS**

Art. 18 Após a superveniente incorporação de medicamento ou tratamento judicializado à rede pública de assistência à saúde, deverão ser observados pela parte autora os protocolos do SUS, sob pena de o juízo poder decretar a extinção do processo pela perda do interesse de agir.

§ 1º Com a notícia da incorporação do medicamento ou tratamento ao SUS, recomenda-se ao juízo intimar a parte autora e os demandados para buscar o atendimento na via administrativa.

§ 2º Caberá à parte autora apresentar os documentos necessários para a migração à rede de saúde pública.

Art. 19 Caso a parte autora não apresente os documentos necessários à migração administrativa, caberá ao ente público comunicar tal situação nos autos a fim de que o juízo determine a intimação da parte para que cumpra a determinação, sob pena de decretar a extinção do processo pela perda do interesse de agir.

**CAPÍTULO VIII  
VINCULAÇÃO ADMINISTRATIVA DO(A) PACIENTE AO SUS**

Art. 20 Quando o processo judicial envolver tecnologia em saúde não incorporada caberá ao ente público, sempre que possível, promover a respectiva inclusão da parte autora na rede do SUS, a fim de verificar possíveis alternativas de tratamento e facilitar o fluxo de cumprimento da decisão.



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

Parágrafo único. Quando o objeto do processo for medicamento incorporado, ainda que fora dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) ou *off label*, recomenda-se a inclusão do paciente no cadastro para recebimento, na condição *sub judice*, pela via administrativa, atribuindo-se a responsabilidade pelo cumprimento ao ente competente, de acordo com as normativas.

**DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 21 A adoção dos fluxos estabelecidos nesta Recomendação do Comitê Estadual de Saúde de Santa Catarina - COMESC decorre da Recomendação n. 146/2023 do CNJ e se destina à uniformização do fluxo de cumprimento das decisões judiciais em saúde pública neste Estado.

Art. 22 Esta Recomendação entra em vigor na data da sua publicação.

Florianópolis (SC), 30 de julho de 2025.

**Candida Inês Zoellner Brugnoli**

Juíza de Direito

Coordenadora do COMESC

**Clenio Jair Schulze**

Juiz Federal

Vice-Coodenador do COMESC



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

**ANEXO I - FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE MEDICAMENTO NÃO  
INCORPORADO**



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 MEDICAMENTO  
NÃO INCORPORADO**

**ANEXO I**

**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:**

<b>Princípio ativo (DCB/DCI)<sup>1</sup>:</b> _____
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 <sup>2</sup> da doença considerando a situação clínica do paciente: ( ) Sim ( ) Não
Consta em padronização oficial (ex.: REMUNE, RENAME ou listas regionais ou estaduais) <sup>3</sup> : ( ) 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)

**DADOS DA DOENÇA QUE ACOMETE O REQUERENTE E JUSTIFICATIVAS DA  
IMPRESINDIBILIDADE CLÍNICA DO TRATAMENTO<sup>4</sup>:**

1. Qual(is) a(s) doença(s) que acomete(m) o requerente e que motivaram a prescrição?  
CID: \_\_\_\_\_ Doença: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> DCB/DCI: Denominação Comum Brasileira ou, na falta desta, Denominação Comum Internacional

<sup>2</sup> Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

<sup>3</sup> REMUME: Relação Municipal de Medicamentos / RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

<sup>4</sup> 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.



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**



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 MEDICAMENTO  
NÃO INCORPORADO**

1.2. Descrever 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:

---

---

---

---

---

---

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:

3.1 Especifique os tratamentos (constar cada medicamento utilizado, posologia e tempo de uso), qual componente da Assistência Farmácia integra e a resposta do requerente:

Medicamento utilizado	Componente da Assistência Farmacêutica <sup>5</sup>	Posologia	Tempo de uso	Resposta do requerente

<sup>5</sup> Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF): grupos 1A, 1B e 2, além do grupo 3;  
- Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF); ou  
- Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF).



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**



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 MEDICAMENTO  
NÃO INCORPORADO**

3.2 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? ( ) Sim<sup>6</sup> - Especifique qual(is):

---

---

---

---

---

---

( ) Não - Justifique detalhadamente:

---

---

---

---

---

---

4.1 Se apontada inefetividade terapêutica (evento adverso) e/ou desvio de qualidade dos medicamentos (queixa técnica), ou sua suspeita, esclareça os motivos que levaram a esta conclusão:

---

---

---

---

---

---

4.2 Houve notificação à ANVISA - NOTIVISA<sup>7</sup> dos eventos acima?

( ) Sim ( ) Não nº \_\_\_\_\_

<sup>6</sup> Favor fornecer ao requerente NOVA PRESCRIÇÃO.

<sup>7</sup> <https://notivisa.anvisa.gov.br/frmlLogin.asp>



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**



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 MEDICAMENTO  
NÃO INCORPORADO**

**DO MEDICAMENTO PLEITEADO:**

5. Houve análise de incorporação do fármaco pela CONITEC para a patologia indicada? ( ) Sim  
( ) Não

Se sim, qual o desfecho? Informar caso esteja em tramitação o pedido de incorporação.

---

---

---

---

---

5.1 Caso tenha havido análise de incorporação do fármaco pela CONITEC, identifica alguma ilegalidade ou fragilidade do ato? ( ) Sim ( ) Não.

Discorra:

---

---

---

---

---

5.2 Se a decisão de não incorporação foi fundamentada na avaliação de custo-efetividade, essa avaliação aplica-se ao caso individual do paciente em questão?

---

---

---

---

---

6. Quais as razões da impossibilidade de substituição por outro medicamento<sup>8</sup>?

---

---

---

---

---

<sup>8</sup> A comprovação deve ser feita com base em laudos médicos e pareceres técnicos que atestem a inexistência de alternativas terapêuticas adequadas, evidenciando que o medicamento pleiteado é, de fato, imprescindível para o tratamento do paciente.



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**



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 MEDICAMENTO  
NÃO INCORPORADO**

7. Com base em evidências científicas de alto nível (ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas ou meta-análises), é possível demonstrar a eficácia, acurácia, efetividade e segurança do fármaco pleiteado<sup>9</sup>? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, discorra, referenciando os estudos e documentos consultados:

---

---

---

---

---

---

8. Qual(is) a(s) consequência(s) ao requerente caso este não seja submetido ao medicamento(s) indicado(s) a curto, médio e longo prazo?

---

---

---

---

---

---

9. A não utilização imediata do(s) medicamento(s) importa em risco de morte<sup>10</sup>? ( ) Sim ( ) Não Justifique:

---

---

---

---

---

---

10. A não utilização imediata do(s) medicamento(s) importa em agravamento da doença? ( ) Sim ( ) Não Justifique:

---

---

---

---

---

---

<sup>9</sup> O medicamento pleiteado deve ter sua eficácia, acurácia, efetividade e segurança comprovadas à luz da medicina baseada em evidências. A comprovação deve ser respaldada por evidências científicas de alto nível, como ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas ou meta-análises.

<sup>10</sup> Solicitar ao médico assistente a elaboração de um relatório circunstanciado acerca do itinerário terapêutico prévio, considerando as alternativas terapêuticas existentes no SUS e discriminando as condições clínicas para a indicação terapêutica, contemplando prioritariamente a segurança do paciente, a centralidade na pessoa, o valor em saúde e também os princípios sistêmicos da universalidade, equidade e integralidade.



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**



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 MEDICAMENTO  
NÃO INCORPORADO**

**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: \_\_\_\_\_

**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?<sup>11</sup> ( ) 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: \_\_\_\_\_

<sup>11</sup> Deve-se demonstrar que houve uma negativa formal de fornecimento do medicamento pela administração pública, nos termos do item 4 do Tema 1234 da repercussão geral. É necessário que o pedido do medicamento tenha sido feito via plataforma nacional de demandas administrativas e judiciais de acesso a fármacos, ou, na ausência desta, que a administração pública tenha sido intimada a justificar a negativa de fornecimento.



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

**ANEXO II - FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE PRODUTOS PARA  
SAÚDE, INSUMOS E PROCEDIMENTOS**



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:**

<b>Tratamento indicado:</b>
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 <sup>1</sup> da doença considerando a situação clínica do paciente: ( ) Sim ( ) Não
Consta em padronização oficial (ex.: REMUNE, RENAME ou listas regionais ou estaduais) <sup>2</sup> : ( ) Sim ( ) Não

<sup>\*</sup> 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)

**INFORMAÇÕES DO PACIENTE E JUSTIFICATIVAS DA IMPRESCINDIBILIDADE CLÍNICA DO TRATAMENTO<sup>3</sup>:**

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):

<sup>1</sup> Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

<sup>2</sup> REMUME: Relação Municipal de Medicamentos / RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

<sup>3</sup> 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.



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**



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**

---

---

---

---

---

1.3. Estado clínico do paciente:

---

---

---

---

---

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? ( ) Sim<sup>4</sup> - Especifique qual(is):

<sup>4</sup> Favor fornecer ao requerente NOVA PRESCRIÇÃO.



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**



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**

---

---

---

---

---

( ) Não - Justifique detalhadamente:

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

4.2 Houve notificação à ANVISA - NOTIVISA<sup>5</sup> dos eventos acima?

( ) Sim ( ) Não nº \_\_\_\_\_

**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 ( )

<sup>5</sup> <https://notivisa.anvisa.gov.br/frmLogin.asp>



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**



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**

7. Precisa 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. Perspectiva de evolução clínica com agravamento do quadro:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**



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**

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: \_\_\_\_\_



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**



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  
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?<sup>6</sup> ( ) 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: \_\_\_\_\_



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

**ANEXO III – FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE LEITO HOSPITALAR**



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 LEITO HOSPITALAR**  
**(UTI ou ENFERMARIA)**

**ANEXO III**

**DADOS DO PACIENTE:**

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

**INFORMAÇÕES DO PACIENTE:**

1. Serviço médico onde se encontra o paciente no momento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Data / hora da chegada do paciente ao serviço:

\_\_\_\_\_

3. Diagnóstico: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

4. Condição clínica atual:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Tratamento em curso no local:

( ) O2 – cateter nasal ( ) O2 – máscara facial – volume corrente: \_\_\_\_\_

( ) Intubação traqueal ( ) Ventilação mecânica ( ) Monitorização contínua

( ) Drogas vasoativas – tipo / volume: \_\_\_\_\_

( ) Reposição volêmica – tipo / volume: \_\_\_\_\_

( ) Outros procedimentos – descrever: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**



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 LEITO HOSPITALAR**  
**(UTI ou ENFERMARIA)**

6. Comorbidades / doenças associadas:

---

---

7. Descrever a necessidade do internamento hospitalar:

---

---

---

8. Tipo de risco: ( ) Vida ( ) Órgão(s) –

Citar: \_\_\_\_\_

( ) Função: \_\_\_\_\_

9. Procedimento sugerido:

---

10. Tipo de leito solicitado: ( ) Terapia intensiva ( ) Enfermaria

11. Benefício esperado após realização da intervenção:

---

---

12. Há solicitação de internação ativa junto ao Complexo Regulador / Central de Leitos regional?

( ) Sim – número da solicitação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ ( ) Não

**Em caso de demanda por internação em Terapia Intensiva:**

13. Prioridade de admissão atribuída ao paciente, observando obrigatoriamente o disposto na Resolução CFM 2.156/2016, Art. 6º:

( ) Prioridade 1: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**



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 LEITO HOSPITALAR**  
**(UTI ou ENFERMARIA)**

( ) Prioridade 2: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

( ) Prioridade 3: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica.

( ) Prioridade 4: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica.

( ) Prioridade 5: Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.

14. Parecer clínico e Justificativa da prioridade estabelecida para terapia intensiva:

---

---

---

---

**INFORMAÇÕES DO MÉDICO SOLICITANTE**

Nome: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Vínculo com o paciente: Serviço SUS ( ) ou Serviço Privado

( ) Médico plantonista: Sim ( ) Não ( )

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Local) (data)

\_\_\_\_\_  
(assinatura e carimbo)



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

**ANEXO IV - FORMULÁRIO MÉDICO ASSISTENCIAL PARA TRANSTORNO  
ESPECTRO AUTISTA**



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 MÉDICO ASSISTENCIAL PARA TRANSTORNO DO ESPECTRO  
AUTISTA (CID 10 – F84)**

**ANEXO IV**

Prezado(a) médico(a), este formulário tem como objetivo embasar a decisão judicial acerca das intervenções de saúde, que, muitas vezes, têm impacto social relevante sobre a gestão da saúde pública e/ou privada. Este relatório precisa ser preenchido com as melhores e adequadas informações, com letra legível, bem como informações verdadeiras, para não caracterizar uma falsa declaração e infração do código de ética.

**1. INFORMAÇÕES DO MÉDICO SOLICITANTE:**

Nome: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_ RQE: \_\_\_\_\_

Área de Atuação: \_\_\_\_\_ RQE: \_\_\_\_\_

Vínculo com o paciente: Serviço SUS ( ) Serviço Privado ( )

Local de trabalho onde atende o paciente: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo é responsável pelo tratamento do paciente: \_\_\_\_\_

Há conflito de interesse? \_\_\_\_\_

**2. INFORMAÇÕES DO PACIENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data do nascimento: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

**3. DADOS DO DIAGNÓSTICO:**

Diagnóstico confirmado de Transtorno do Espectro do Autismo confirmado ( ) SIM ( ) NÃO

Suspeita de Transtorno do Espectro do Autismo ( ) SIM ( ) NÃO

Atraso Global do desenvolvimento ( ) SIM ( ) NÃO



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**



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 MÉDICO ASSISTENCIAL PARA TRANSTORNO DO ESPECTRO  
AUTISTA (CID 10 – F84)**

CID: \_\_\_\_\_ DSM V TR: \_\_\_\_\_

Data do diagnóstico: \_\_\_\_\_ Idade na época do diagnóstico: \_\_\_\_\_

**4. DESCRIÇÃO DO QUADRO ATUAL:**

Idade do início do quadro: \_\_\_\_\_

**Alterações de:** ( ) linguagem ( ) sono ( ) alimentação ( ) comportamento ( ) higiene pessoal  
( ) socialização

**Descreva:** evolução dos sintomas, atrasos nos marcos do desenvolvimento, marcos adquiridos, dismorfias:

---

---

---

---

---

---

---

---

**Histórico de transtornos ou internações psiquiátricas atuais e/ou passados do paciente ou familiares:**

( ) NÃO ( ) SIM Descreva:

---

---

---

---

---

---

**História familiar de TEA/Deficiência intelectual ou pais consanguíneos, descreva:**

---

---

---

---

---

---



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**



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 MÉDICO ASSISTENCIAL PARA TRANSTORNO DO ESPECTRO  
AUTISTA (CID 10 – F84)**

**Exames auditivos realizados:** ( ) Triagem Auditiva Neonatal/Teste da Orelhinha/EOA ( ) PEATE/BERA ( ) Audiometria  
resultado: \_\_\_\_\_

**Comorbidades:**

( ) TDAH ( ) Episódio Depressivo atual ( ) Transtorno de ansiedade atual ( ) TOD ( ) Deficiência Intelectual ( ) Epilepsia ( ) Paralisia Cerebral ( ) outras doenças neurológicas, qual? \_\_\_\_\_

( ) doenças somáticas, qual? \_\_\_\_\_ ( ) Síndrome genética, qual? \_\_\_\_\_

( ) outras comorbidades. Qual(ais)? \_\_\_\_\_

**5. RESULTADO DOS INSTRUMENTOS DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA:**

**Instrumento de avaliação do desenvolvimento integral da criança** (Ministério da Saúde, 2024):

( ) Provável atraso do desenvolvimento ( ) Alerta para o desenvolvimento ( ) Desenvolvimento adequado

**Escala M-CHAT-R** (Preencher somente para pacientes entre 16 a 30 meses de idade) \*

**Pontuação Total Escala M-Chat-R 16 e/ou 18 m:** \_\_\_\_\_ Data da aplicação da escala: \_\_\_\_\_

( ) Baixo risco: entre 0-2 ( ) Risco médio: entre 3-7 ( ) Risco elevado: entre 8-20

**Pontuação Total Escala M-CHAT-R 30 meses:** \_\_\_\_\_ Data da aplicação da escala: \_\_\_\_\_

( ) Não se aplica (para crianças acima de 30 meses)

\*Lei Federal Nº 13.438/2017 tornou obrigatório que toda a criança seja triada entre 18-24 meses para o TEA, mesmo que tenha sinais clínicos e evidentes deste diagnóstico ou de outros atrasos do desenvolvimento.

**Outro instrumento de rastreio se houver (resultado):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**



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 MÉDICO ASSISTENCIAL PARA TRANSTORNO DO ESPECTRO  
AUTISTA (CID 10 – F84)**

---

---

**6. NÍVEL DE SUPORTE:** (De acordo com o DSM – 5 TR qual o nível de suporte atual do paciente):

( ) **Nível 1 – Exigindo Apoio** – Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação com os outros e cujas tentativas de fazer amizades são estranhas e comumente malsucedidas.

Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.

( ) **Nível 2 – Exigindo Apoio Substancial** – Déficit graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.

Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.

( ) **Nível 3 – Exigindo apoio muito substancial** – Déficit graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer as necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas.

Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações.

**7. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS:**

7.1. Assinale os sinais e sintomas dos **Critérios de Eixo A** (dificuldade na comunicação, linguagem e interação social) dos critérios diagnósticos do DSM 5 TR existentes no paciente:

( ) 1. *Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.*

( ) 2. *Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem*



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**



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 MÉDICO ASSISTENCIAL PARA TRANSTORNO DO ESPECTRO  
AUTISTA (CID 10 – F84)**

*corporal ou déficits na compreensão e uso de gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.*

( ) 3. *Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares.*

7.2. Assinale os sinais e sintomas dos **Critérios de Eixo B** (padrões restritos e repetitivos de comportamento) dos critérios diagnósticos do DSM 5 TR existentes no paciente:

( ) 1. *Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (p. ex., estereotípias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).*

( ) 2. *Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (p. ex., sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).*

( ) 3. *Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (p. ex., forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos).*

( ) 4. *Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (p. ex., indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento).*

**8. Qual (quais) exame (s) o paciente já realizou? Descrever resultados e anexá-los.**

( ) Tomografia Computadorizada de Crânio

---

( ) Ressonância Nuclear Magnética de Crânio

---

( ) Eletroencefalograma

---

( ) Exames genéticos



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**



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 MÉDICO ASSISTENCIAL PARA TRANSTORNO DO ESPECTRO  
AUTISTA (CID 10 – F84)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
( ) Outros. Especificar quais:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9.0. TRATAMENTOS**

**9.1. TRATAMENTOS MEDICAMENTOSO**

**9.1.1. Há necessidade atualmente de intervenções farmacológicas? ( ) Sim ( ) Não**

**A intervenção farmacológica visa tratar qual (quais) sintoma (s)? Especificar:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9.1.2. Tratamentos medicamentoso em uso ou já realizados para a condição** (descrever cada medicamento, quais estão sendo ou foram utilizados, descrever com dose e posologia, por quanto tempo e se houve falha terapêutica):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9.1.3. O tratamento medicamentoso previamente instituído apresentou falha ou perda de eficácia?**

( ) Sim ( ) Não

Houve efeito colateral? ( ) Sim ( ) Não Qual/Quais \_\_\_\_\_  
Descrever as evidências de falha terapêutica:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9.1.4. O tratamento medicamentoso indicado no momento pode ser substituído por outro disponível no SUS? Se não, justifique.**

( ) Risperidona 1mg/ml ( ) Risperidona 1mg ( ) Risperidona 2mg ( ) Clorpromazina ( )  
Haloperidol ( ) Outros  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9.2. Comorbidades ou outras condições que possam influenciar na indicação do tratamento atual (descrito no item 4).**



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**



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 MÉDICO ASSISTENCIAL PARA TRANSTORNO DO ESPECTRO  
AUTISTA (CID 10 – F84)**

---

---

**9.3. TERAPIAS**

**9.3.1. Quais as terapias realizadas pelo paciente atualmente?**

( ) Psicologia ( ) Fonoaudiologia ( ) Fisioterapeuta ( ) Terapia Ocupacional ( ) nutricionista Outras. Quais?

---

**9.3.2. O paciente já está realizando o processo terapêutico? ( ) Não ( ) Sim. Há quanto tempo?**

**9.3.3. Terapias/Tratamentos atuais: ( ) Psicologia ( ) Fonoaudiólogo ( ) Fisioterapia motora**

( ) neurologista/psiquiatra ( ) Terapia Ocupacional ( ) nutricionista ( ) Outros. Quais?

---

**9.3.4. Qual a evolução atingida de acordo com o PTS?**

---

**9.3.5. Há laudo dos terapeutas? (Favor anexar) ( ) Sim ( ) Não**

**10. De acordo com seu plano terapêutico quais são as condutas para este caso? (Descreva o Plano Terapêutico):**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**11. VIGILÂNCIA NO AMBIENTE ESCOLAR** (anexar relatório da escola/creche):

O paciente frequenta a escola? ( ) Sim ( ) Não

Escola Pública ( ) Sim ( ) Não



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**



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 MÉDICO ASSISTENCIAL PARA TRANSTORNO DO ESPECTRO  
AUTISTA (CID 10 – F84)**

Escola Particular ( ) Sim ( ) Não

Observações:

---

---

**12. Outras informações relevantes ao caso.**

---

---

**Ciente dos envolvidos:**

Assinatura dos profissionais:

---

Assinatura dos familiares/responsáveis legais:

---

Assinatura do Médico/CRM/carimbo:

---

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC  
ANEXO V - ENCAMINHAMENTO A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO DA APS**



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
GERÊNCIA DE HABILITAÇÕES E REDES DE ATENÇÃO  
ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

<b>ENCAMINHAMENTO PARA O SERVIÇO DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (AVALIAÇÃO E REABILITAÇÃO)</b>	
Nome: _____	
CNS/CPF: _____	D.N: ____/____/____

O usuário deverá ser encaminhado para o Serviço de Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo (DI/TEA) quando houver suspeita ou diagnóstico de DI/TEA.

**1. Assinale o motivo do encaminhamento:**

- Suspeita de DI/TEA
- Diagnóstico confirmado de DI/TEA
- Atraso Global do desenvolvimento

**2. DESCRIÇÃO DO QUADRO ATUAL:**

- **Idade de início do quadro:** \_\_\_\_\_
- **Alterações de:** ( ) linguagem ( ) sono ( ) alimentação ( ) comportamento ( ) higiene pessoal ( ) socialização

Descreva: evolução dos sintomas, distorções, etc:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- **Histórico de transtornos ou internações psiquiátricas atuais e/ou passados do paciente ou familiares:**  
{ } NÃO ( ) SIM  
\_\_\_\_\_
- **Tratamento em uso ou já realizado para a condição** (se medicamentos, quais estão sendo ou foram utilizados, com dose e posologia e por quanto tempo): \_\_\_\_\_



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

- **Terapias/Tratamentos atuais:** ( ) psicólogo ( ) fonoaudiólogo ( ) fisioterapeuta  
( ) neurologista/psiquiatra

Descreva: História familiar de TEA/deficiência intelectual ou pais consanguíneos: \_\_\_\_\_

- **Exames auditivos realizados:** ( ) TAN ( ) PEATE ( ) Audiometria resultado: \_\_\_\_\_
- **Comorbidades:** ( ) TDAH ( ) Ep. depressivo atual ( ) T. ansiedade atual  
( ) doenças neurológicas ( ) doença somática: \_\_\_\_\_  
( ) outros: \_\_\_\_\_

**3. RESULTADO DOS INSTRUMENTOS DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA:**

- **Atraso nos marcos do desenvolvimento:** Data da aplicação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
( ) NÃO ( ) SIM

Quais? \_\_\_\_\_

- **Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Integral da Criança (Ministério Saúde, 2024):**

( ) Provável Atraso do Desenvolvimento ( ) Alerta para o Desenvolvimento  
( ) Desenvolvimento adequado

- **Escala M-CHAT-R (Preencher somente para pacientes entre 16 a 30 meses de idade)\***

Pontuação Total Escala M-CHAT-R **16 e/ou 18m:** \_\_\_\_\_ Data da aplicação  
escala: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

( ) Baixo risco: entre 0-2 ( ) Risco médio: entre 3-7 ( ) Risco elevado: entre 8-20

Pontuação Total Escala M-CHAT-R **30 m:** \_\_\_\_\_ Data da aplicação escala:  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

( ) Baixo risco: entre 0-2 ( ) Risco médio: entre 3-7 ( ) Risco elevado: entre 8-20

\*Lei Federal Nº 13.438/2017 tornou obrigatório que toda a criança seja triada entre 18-24 meses para o TEA, mesmo que tenha sinais clínicos e evidentes deste diagnóstico ou de outros atrasos do desenvolvimento.

- **Outro instrumento de rastreio (resultado):**  
\_\_\_\_\_  
.



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

**4. VIGILÂNCIA NO AMBIENTE ESCOLAR para usuários matriculados (anexar relatório da escola/creche)**

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico

- Este encaminhamento deverá ser preenchido por **médico** para encaminhamento para o Serviço Especializado em DI/TEA de referência do usuário, acompanhado dos seguintes documentos: cópia de carteira de identidade/CPF, comprovante de residência, Cartão Nacional de Saúde, atestado de frequência escolar para estudantes.



**Orientações:**

1. **Todo o contato com a criança deve ser visto como um momento interventivo, de avaliação e acompanhamento de seu desenvolvimento.**
2. **As medidas de estimulação, mediante a detecção de ausência de algum marco no desenvolvimento, devem ser tomadas imediatamente pela equipe, já na atenção primária, uma vez que a INTERVENÇÃO PRECOCE e oportuna oferece um melhor desfecho para a criança, independentemente de confirmação diagnóstica na Atenção Especializada**
3. **Recomenda-se que formalmente toda a criança seja submetida a uma triagem para o TEA na consulta de 18 meses, através da aplicação da escala M-CHAT-R, mesmo naquelas que não estão sob suspeita diagnóstica de TEA ou outros transtornos, desvios e atrasos do desenvolvimento. O teste pode ser repetido em intervalos regulares de tempo ou quando houver dúvida. Em casos suspeitos, a aplicação da M-CHAT-R deve ser antecipada para uma consulta com 16 meses de idade. Sugere-se que o agendamento seja realizado no momento da vacinação da criança com 15 meses de idade.**
4. **IMPORTANTE!** Para mais informações, leia as [Linha de Cuidado do Transtorno o Espectro Autista da Criança](#), [Diretrizes de Estimulação Precoce - crianças de zero a 3 anos com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor](#), [Diretrizes - Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo](#), [Linha de Cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde](#).



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

**ANEXO VI – PLANO TERAPÊUTICO COMPARTILHADO**



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
GERÊNCIA DE HABILITAÇÕES E REDES DE ATENÇÃO  
ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR/COMPARTILHADO	
Nome:	Sexo:
CNS/CPF:	D.N: IDADE:
Filiação:	Escola:
Data do 1o atendimento:	UBS de referência:

**1. DIAGNÓSTICO**

Especificar o diagnóstico clínico que dará direcionamento das intervenções terapêuticas. Utilizar CID 10/CID 11 e DSM V-R

**2. INFORMAÇÕES GERAIS**

Profissionais de referência:

**3. OBJETIVOS DO TRATAMENTO**

Breve descrição sobre os objetivos/metasp do tratamento por categoria profissional.



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

**4. PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS**

Especificar os profissionais e metodologia/abordagem/técnica utilizada pelo profissional

**5. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO:**

**6. SERVIÇOS DE SAÚDE ENVOLVIDOS:**

Especificar os serviços de saúde envolvidos na execução do PTC

**7. REDE INTERSETORIAL:**

( ) Escola, especificar profissional:

( ) CRASS/CREAS

( ) Esporte e lazer

( ) Outras, especificar:

**8. ABORDAGEM FAMÍLIA/CUIDADORES/RESPONSÁVEIS:**

Breve descrição sobre os objetivos/metasp junto aos familiares/cuidadores/responsáveis que auxiliará no cuidado da saúde do usuário

**9. ABORDAGEM ESCOLA:**

Breve descrição sobre os objetivos/metasp junto a escola/ambiente escolar que auxiliará no cuidado da saúde do usuário



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

**10. ENCAMINHAMENTO PARA:**

Atenção Primária à Saúde para o profissional de saúde:

Serviço de Reabilitação de DI/TEA. Referência: \_\_\_\_\_

Estimulação Precoce.

Referência: \_\_\_\_\_

- Ciente dos envolvidos:  
Assinatura dos profissionais:  
Assinatura da família:

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_