



PODER JUDICIÁRIO  
de Santa Catarina

**PORTARIA Nº 153, de 7 de dezembro de 2016.**

Determina a instrução das petições iniciais em ações de concessão de medicamento com o formulário aprovado pelo COMESC preenchido por médico assistente.

O JUIZ DE DIREITO Marcus Vinicius Von Bittencourt, no uso de suas atribuições legais, e

CONSIDERANDO que a petição inicial será instruída com os documentos indispensáveis à propositura da ação (art. 320, CPC/2015) e com a prova de suas alegações (art. 434, CPC/2015);

CONSIDERANDO o disposto no artigo 380, inciso II, do CPC/2015, que determina ao terceiro, em qualquer causa, informar ao juiz os fatos e as circunstâncias de que tenha conhecimento;

CONSIDERANDO a Resolução do 107/2010 do Conselho Nacional de Justiça - CNJ, que instituiu o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde e determinou a criação de Comitês de Saúde em todos os Estados da Federação;

CONSIDERANDO as Recomendações 31 e 36 do Conselho Nacional de Justiça - CNJ;

CONSIDERANDO o elevado número de ações em que são postulados medicamentos não incorporados no SUS, bem como o forte impacto das decisões judiciais nos orçamentos públicos;

CONSIDERANDO a necessidade de racionalização das ações em que são pleiteados medicamentos;

CONSIDERANDO o deliberado, por unanimidade, na reunião de março/2015 do COMESC, Comitê de Saúde do CNJ no Estado de Santa Catarina;

**RESOLVE:**

**Art. 1º Revogar** a Portaria n. 55/2016 deste Juízo, expedida em 23 de maio de 2016.

**Art. 2º Determinar** à parte autora, nas ações em que são postulados medicamentos e outros produtos não incorporados no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, que apresente juntamente com a petição inicial o formulário para requerimento mencionado no anexo I desta portaria, devidamente preenchido, respondido e assinado por seu médico assistente.

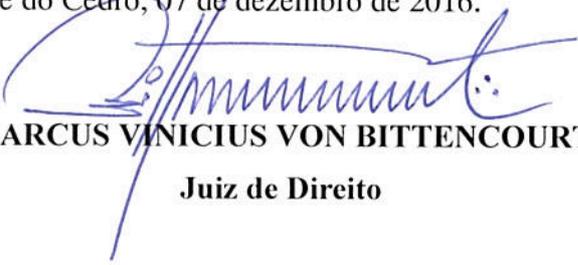
**Art. 3º** O Juizado Especial da Fazenda Pública é incompetente para processar e julgar ações que envolvam fornecimento gratuito de medicamento em que

figure no polo ativo pessoa incapaz (art. 8º, §1º, I, da Lei n. 9.099, de 26 de setembro de 1995 e art. 27, *caput*, da Lei n. 12.153, de 22 de dezembro de 2009).

**Art. 4º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**Publique-se. Comunique-se** à Corregedoria-Geral de Justiça de Santa Catarina.

São José do Cedro, 07 de dezembro de 2016.

  
**MARCUS VINICIUS VON BITTENCOURT**  
**Juiz de Direito**



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 EXECUTIVO DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC

## FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE MEDICAMENTO

### 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:

Medicamento (DCB/DCI <sup>1</sup> ): _____	
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 listada abaixo: ( ) Sim ( ) Não	
Consta em padronização oficial (ex. REMUME, 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).

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

CID: \_\_\_\_\_ Doença: \_\_\_\_\_

Características da Doença:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 o período de tratamento e a resposta do requerente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.2 O requerente faz uso de outro(s) tratamento(s) (farmacoterapêuticos ou não)? Qual(is)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. O tratamento indicado na sua prescrição pode ser substituído por alguma alternativa oferecida pelo SUS?

( ) sim\* - Especifique qual(is):

( ) não - Justifique detalhadamente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Favor fornecer ao requerente **NOVA PRESCRIÇÃO**.

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

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



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 EXECUTIVO DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC

## FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE MEDICAMENTO

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:

4.1.1 Houve notificação à ANVISA - NOTIVISA<sup>4</sup> dos eventos acima? ( ) não ( ) sim nº \_\_\_\_\_

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

6. A não utilização imediata do(s) medicamento(s) importa em risco de morte?

( ) sim. Justificativa: \_\_\_\_\_

( ) não. Justificativa: \_\_\_\_\_

7. A não utilização imediata do(s) medicamento(s) importa em agravamento da doença?

( ) sim. Justificativa: \_\_\_\_\_

( ) não. Justificativa: \_\_\_\_\_

8. 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:

9. O requerente possui convênio particular de saúde? ( ) Sim. Qual: \_\_\_\_\_ ( ) Não.

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

9.2. Houve negativa? ( ) Sim ( ) Não. 9.3. Negativa: ( ) Verbal ( ) Escrita Data: \_\_\_\_\_

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

10.1. Houve negativa? ( ) Sim ( ) Não.

10.2. 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: \_\_\_\_\_