



**PORTARIA N. 01/2017**

**A DOUTORA FABIOLA DUNCKA GEISER,  
JUÍZA DE DIREITO DA 2ª VARA DA COMARCA  
DE TIMBÓ, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES  
LEGAIS**

CONSIDERANDO a necessidade de aperfeiçoar o trabalho desenvolvido por esta Unidade Jurisdicional, a fim de se adequar ao planejamento estratégico do Tribunal de Justiça de Santa Catarina, na busca de maior efetividade na prestação adequada da atividade jurisdicional, por meio da otimização dos serviços internos;

CONSIDERANDO o elevado número de processos em que se pleiteia o fornecimento de medicamentos ou tratamentos médicos, os quais possuem notória urgência e relevância, assim como o impacto das decisões judiciais nos orçamentos públicos;

CONSIDERANDO a necessidade de racionalizar essas demandas, em especial diante da 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, assim como o conteúdo das Recomendações 31 e 36 do Conselho Nacional de Justiça - CNJ;

CONSIDERANDO as diretrizes firmadas pelo e. Tribunal de Justiça de Santa Catarina no julgamento do Incidente de Resolução de Demandas Repetitivas n. 0302355-11.2014.8.24.0054, que abordou com profundidade a matéria;

**RESOLVE:**

Art. 1º. Nas demandas em que se busca o fornecimento de medicamentos ou tratamentos médicos promovidas em face do Poder Público, a petição inicial deverá vir acompanhada dos seguintes documentos, indispensáveis para a análise do pedido:

I – Formulário para requerimento, contido no anexo desta portaria, atualizado, digitado ou preenchido em letra legível pelo médico que prescreveu a medicação;

II – Receita médica do medicamento ou tratamento requerido;



Público;

III – Negativa formal do fornecimento por parte do Poder

IV – Orçamento da medicação ou do tratamento pleiteado;

V – Documentos que demonstrem sua condição financeira e de seu núcleo familiar, especialmente se (i) exerce atividade remunerada e apresentar os respectivos comprovantes dos rendimentos mensais (incluindo os do cônjuge, se houver); (ii) declarar a existência de bens móveis e imóveis, com o respectivo valor estimado, ou a inexistência daqueles; (iii) declarar a existência de créditos bancários (conta poupança, aplicações financeiras e etc.); e (iv) declarar a existência de outras fontes de rendimentos.

VI – Documento que demonstre ter buscado tratamento junto à Rede Estadual de tratamento oncológico (Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON, Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – CACON, Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e Serviços Isolado de Radioterapia, Centro de Pesquisas Oncológicas – CEPON) antes de ajuizar a ação, na hipótese em que se pleiteia medicamento ou tratamento oncológico.

VII – Em caso de solicitação de medicamentos ou tratamentos não padronizados, portaria editada pelo Ministério da Saúde que aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da doença que o acomete, assim como estudos científicos com dados clínicos recentes sobre a eficácia do tratamento postulado para a sua moléstia, acompanhados do parecer de seu médico sobre as particularidades de seu caso e, sendo possível, parecer do CONITEC sobre o uso da medicação (medicina baseada em evidências);

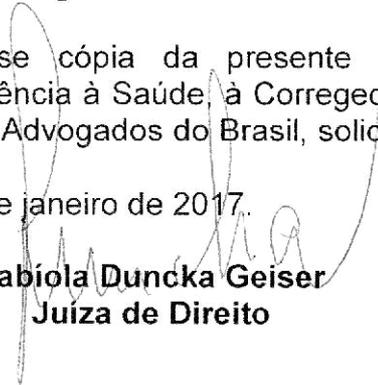
§ 1º. Os documentos relacionados nos incisos II, IV e V deverão ser contemporâneos à data de ajuizamento da ação, assim entendidos aqueles emitidos até 30 (trinta) dias que antecedem a protocolização da petição inicial.

**Art. 2º.** Revogam-se as disposições em contrário, em especial a Portaria n. 006/2013 deste Juízo.

Publique-se. Registre-se.

Encaminhe-se cópia da presente Portaria, inclusive para divulgação no Portal da Assistência à Saúde, à Corregedoria-Geral de Justiça e à Subseção local da Ordem dos Advogados do Brasil, solicitando a divulgação entre os profissionais.

Timbó, 13 de janeiro de 2017.

  
**Fabíola Duncka Geiser**  
Juíza de Direito



**ANEXO**

**Formulário para Requerimento de Medicamento ou Tratamento\***

\*O preenchimento do formulário deve ser feito pelo médico com **LETRA LEGÍVEL**, em atenção ao art. 11 do Código de Ética Médica (Resolução CFM N. 1931/2009).

**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/tratamento(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): ( ) Sim ( ) Não

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

CID: \_\_\_\_\_ Doença: \_\_\_\_\_

1.1. Características da Doença:

_____
_____

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

_____
_____

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

2 Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas.

3 REMUME: Relação Municipal de Medicamentos / RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.



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 (em anexo)?

sim - 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:

---

---

---

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

---

---

---

---

6. A não utilização imediata do(s) medicamento(s)/material médico/suplemento alimentar/alimentação especial importa em risco de morte?

sim. Justificativa:

---

---

---

não. Justificativa:

---

---

---

7. A não utilização imediata do(s) medicamento(s)/material médico/suplemento alimentar/alimentação especial importa em agravamento da doença?

sim. Justificativa:

---

---

---



**PODER JUDICIÁRIO**  
de Santa Catarina

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
 não. Justificativa:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Declaro, por fim, que não possuo qualquer interesse na prescrição do medicamento/material médico/suplemento alimentar/alimentação especial, 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.

Médico 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: \_\_\_\_\_

