



PODER JUDICIÁRIO
de Santa Catarina
Comarca de Timbó

PORTARIA N. 08/2019

O DOUTOR LEANDRO RODOLFO PAASCH, JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA DA COMARCA DE TIMBÓ, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS

CONSIDERANDO as inúmeras ações fundadas na negativa de assistência à saúde garantida pelo Estado (gênero) para a realização de tratamentos indispensáveis à proteção e recuperação da saúde;

CONSIDERANDO o elevado número de ações ajuizadas sem documentos e informações essenciais à célere e eficaz prestação jurisdicional, notadamente para análise dos pedidos de tutela de urgência para o fornecimento de medicamentos e tratamentos à saúde;

CONSIDERANDO que os processos em que se pleiteia o fornecimento de medicamentos ou tratamentos médicos possuem notória urgência e relevância, especialmente pelo impacto que as decisões judiciais geram nos orçamentos públicos;

CONSIDERANDO que, por diversas vezes, há tratamentos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde similares aos pleiteados em Juízo, que podem substituir aqueles indicados nas referidas ações;

CONSIDERANDO a necessidade de racionalizar essas ações, 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



PODER JUDICIÁRIO
de Santa Catarina
Comarca de Timbó

todos os Estados da Federação, assim como o conteúdo das Recomendações 31 e 36 do Conselho Nacional de Justiça – CNJ;

CONSIDERANDO ainda, as diretrizes firmadas pelo Superior Tribunal de Justiça no julgamento no Recurso Especial Repetitivo n. 1.657.156/RJ e pelo Tribunal de Justiça de Santa Catarina no Incidente de Resolução de Demandas Repetitivas n. 0302355-11.2014.8.24.0054 (IRDR – Tema nº 01);

RESOLVE:

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

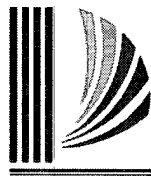
I - Formulário/Questionário para requerimento, fornecido pelo Comitê Executivo do Estado de Santa Catarina - COMESC, contido no anexo I desta portaria, preenchido em letra legível pelo médico que prescreveu a medicação;

II - Atestado ou receita médica legível e atualizado consignando o tratamento necessário ou medicamento indicado;

III - Exames médicos realizados, cópia legível dos exames indicados pelo médico responsável pelo diagnóstico, acompanhados da ficha ou prontuário médico, salvo justificada impossibilidade, devendo, neste caso, constar autorização expressa para requisição dos documentos em posse de terceiros, devidamente identificados, com seus respectivos endereços;

IV - Negativa formal do fornecimento por parte do Poder Público (Estadual, Municipal e Federal, conforme o polo passivo da ação);

V - Três orçamentos da medicação ou do tratamento pleiteado (produto, dosagem, quantidade e valores), preferencialmente de loja física e com indicação dos dados bancários da empresa fornecedora (farmácia);



PODER JUDICIÁRIO
de Santa Catarina
Comarca de Timbó

VI – Declaração da composição do núcleo e da renda familiar, anexo II desta portaria, bem como comprovantes dos três últimos pagamentos dos rendimentos mensais e/ou a última declaração do imposto de renda/prova de que não declara porque é isento(a);

VII – Declarar ainda: (i) a existência de bens móveis e imóveis, com o respectivo valor estimado, ou a inexistência daqueles; (ii) a existência de créditos bancários (conta poupança, aplicações financeiras e etc.); (iii) a existência de outras fontes de rendimentos;

VIII – Na hipótese em que se pleiteia medicamento ou tratamento oncológico, 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;

IX - 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 I a IX deverão ser contemporâneos à data de ajuizamento da ação, assim entendidos aqueles emitidos até 30 (trinta) dias que antecedem a protocolização da petição inicial.

Parágrafo Único. Na hipótese de haver programa específico do Estado ou Município para fornecimento do tratamento necessário ou medicamento indicado, a parte autora deverá apresentar comprovação do ingresso ao referido programa, salvo justificada impossibilidade.



PODER JUDICIÁRIO
de Santa Catarina
Comarca de Timbó

Art. 2º. Os processos tramitarão preferencialmente no rito do Juizado Especial da Fazenda Pública, haja vista a competência absoluta, desde que preenchidos os requisitos da Lei nº 12.153/09.

Art. 3º. Em caso de descumprimento de decisão/sentença/acórdão que determine a obrigação de fornecimento de tratamento/medicamento postulado, os pedidos relativos à tomada de medidas práticas equivalentes ao adimplemento (notadamente o sequestro de valores) devem ser feitos mediante ajuizamento de ação nova (Circular CGJ n. 34/2019), independentemente de eventual arquivamento definitivo ou suspensão do feito, uma vez que tal obrigação de fazer possui natureza mandamental.

Art. 4º. Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º. Revogam-se as disposições em contrário.

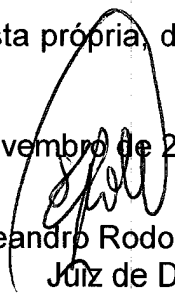
Afixe-se no local de costume.

Encaminhe-se cópia ao Ministério Público e ao Presidente da Subseção local da OAB para conhecimento.

Comunique-se ao Procurador-Geral do Estado de Santa Catarina, à Gerência Regional de Saúde da SDR de Timbó, aos Procuradores-Gerais/Assessores Jurídicos e Secretários de Saúde dos Municípios de Timbó, Benedito Novo, Doutor Pedrinho e Rio dos Cedros, ao Defensor Público-Geral do Estado de Santa Catarina e ao(a) Sr(a). Chefe de Cartório da 2ª Vara de Timbó/SC.

Publique-se, inclusive na página eletrônica da comarca no Portal do TJSC. Arquive-se cópia em pasta própria, dispensado o envio à CGJ/SC (art. 3º do CNCGJ/SC).

Timbó, 04 de novembro de 2019.


Leandro Rodolfo Paasch
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

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:

Medicamento (DCB/DCI¹): _____	
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 ² da doença listada abaixo: () Sim () Não	
Consta em padronização oficial (ex. REMUME, RENAME ou listas regionais ou estaduais) ³ : () 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:

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

² 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

* Favor fornecer ao requerente NOVA PRESCRIÇÃO.

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 - NOTIVISA⁴ 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: _____



PODER JUDICIÁRIO
de Santa Catarina
Comarca de Timbó

DECLARAÇÃO PARA REQUERIMENTO DE MEDICAMENTO

Anexo II

Eu, _____, portador(a) do CPF n. _____, declaro para os devidos fins verdadeiras as informações abaixo preenchidas.

COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR:

Nome	Data Nascimento	Parentesco	Coabitação
			() Sim () Não Pensão: R\$
			() Sim () Não Pensão: R\$
			() Sim () Não Pensão: R\$
			() Sim () Não Pensão: R\$
			() Sim () Não Pensão: R\$
			() Sim () Não Pensão: R\$
			() Sim () Não Pensão: R\$

COMPOSIÇÃO DA RENDA FAMILIAR (coabitantes):

Nome	Rendimentos (R\$)

_____, ____/____/____.

Assinatura do(a) Requerente