

**RELATORIO MÉDICO PARA JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE**

**1. Sobre o Profissional**

1.1 Nome do médico: \_\_\_\_\_

1.2 Número do Registro no Conselho Regional de Medicina – CRM: \_\_\_\_\_

1.3 Especialidade (se tiver): \_\_\_\_\_

**2. Sobre o Paciente**

2.1 Nome do(a) paciente: \_\_\_\_\_

2.2 Data de nascimento: \_\_\_\_\_

2.3 CPF: \_\_\_\_\_

2.4 Sexo: ( ) F ( ) M

2.5 Endereço completo (com CEP): \_\_\_\_\_

**3. Sobre a Forma de Atendimento**

3.1 Trata-se de paciente atendido pela Saúde Pública (\_\_\_) ou Saúde Suplementar (\_\_\_)

3.2 Qual operadora? \_\_\_\_\_

3.3 Houve tentativa de obter acesso ao produto/serviço junto à operadora de plano ou seguro de saúde?\_  
Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_). Houve negativa? Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_).

Escrita ou verbal? \_\_\_\_\_ Em que data? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3.4 Houve tentativa de obter o produto ou serviço no SUS? Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_).?

3.5 Em que Unidade/Município/Estado? \_\_\_\_\_

Houve Negativa? Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_). Escrita ou Verbal \_\_\_\_\_ Em que data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**4. Especificar o quadro clínico e as peculiaridades do paciente, incluindo as demais considerações que entender cabíveis :**

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

4.1 Nos termos da tabela abaixo, inserir os códigos correspondentes às doenças que acometem o paciente:

Enfermidade	Código (CID)
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**5. Medicamentos, produtos ou procedimentos necessários para a finalidade diagnóstica de acordo com o quadro abaixo:**

- Tratamento contínuo (\_\_\_) temporário (\_\_\_) pelo prazo de \_\_\_\_\_

Produtos	Posologia e Via de Administração

**6. Trata-se de produto registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)?**

Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_)

6.1. Caso não registrado na ANVISA, o produto possui registro em órgão de controle estrangeiro?

Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_) De qual País:? \_\_\_\_\_

6.2. Caso não registrado na ANVISA, há estudos de evidência científica (eficácia, eficiência, efetividade e segurança) do produto? Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_). Qual a evidência científica?  
\_\_\_\_\_

6.3. Caso não registrado na ANVISA, sendo possível, informar se o produto teve a importação autorizada em caráter excepcional pela referida agência? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7. Trata-se de prescrição *off label* (utilização fora das prescrições aprovadas no registro)?**

Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_)

7.1. Caso positivo, justificar prescrição *off label* (se possível, informar sobre eventual existência de recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – Conitec para o uso pretendido ou autorização excepcional por parte da ANVISA ou evidência cientificamente aceita): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. Antes de serem prescritos os produtos ou procedimentos acima listados foram adotadas as seguintes medidas terapêuticas:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9. Não foram prescritas outras medidas médicas alternativas em razão dos seguintes motivos:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**10. Os produtos / procedimentos, conforme finalidade diagnóstica prescrita, constam nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do SUS? Sim ( ) Não ( )**

Identificação Médica  
Assinatura física ou eletrônica

**11. Existem outros produtos/procedimentos com o mesmo princípio ativo ou capacidade terapêutica similar oferecidos pelo SUS que podem substituir a prescrição no caso concreto do(a) paciente?**

Sim (\_\_\_\_) Não (\_\_\_\_). Quais: \_\_\_\_\_

11.1 Há justificativa para a prescrição do produto / procedimento específico diferenciado em razão da condição peculiar do paciente? Sim (\_\_\_\_) Não (\_\_\_\_)

11.2 Explicar a finalidade da prescrição: \_\_\_\_\_

**12. O produto / procedimento é imprescindível para o paciente? Sim (\_\_\_\_) Não (\_\_\_\_). É urgente? Sim (\_\_\_\_) Não (\_\_\_\_)**

**13. A ausência de fornecimento do medicamento/insumo/procedimento acima poderá ocasionar quais das seguintes consequências:**

(\_\_\_\_) Risco de morte

(\_\_\_\_) perda irreversível de órgãos ou funções orgânicas

(\_\_\_\_) Grave comprometimento do bem estar

(\_\_\_\_) Outras \_\_\_\_\_

**14. A utilização dos produtos e serviços eliminará o perigo das consequências / sequelas?**

Sim (\_\_\_\_) Não (\_\_\_\_). Justificar: \_\_\_\_\_

**15. Os produtos / procedimentos constam do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde mínimos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)? Sim (\_\_\_\_) Não (\_\_\_\_).**

Outras informações ou especificações: \_\_\_\_\_

**Observação:** O presente relatório médico foi aprovado em reunião do dia \_\_\_\_\_ pelo Comitê Executivo Estadual da Saúde de Minas Gerais, do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde do CNJ ([www.comitesaudemg.com.br](http://www.comitesaudemg.com.br)). O modelo foi elaborado a partir de ampla discussão entre todos os membros do Comitê e com prévia colheita de sugestões ao Conselho Regional de Medicina – CRM/MG e do Conselho Regional de Farmácia – CRF/MG e Conselho Regional de Odontologia – CRO/MG. Sua elaboração decorreu da constatação das dificuldades dos operadores jurídicos em compreender a técnica médica e da necessidade de instruir as demandas judiciais com informações para compreender a necessidade, eficácia, eficiência, efetividade e segurança dos produtos e serviços de saúde a que se pretende ter acesso, possibilitando ainda uma melhor qualificação técnica das decisões judiciais.



**Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde do CNJ**  
Comitê Executivo Estadual de Saúde de Minas Gerais

Identificação Médica  
Assinatura física ou eletrônica