



**PODER JUDICIÁRIO FEDERAL
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE
JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU**

***DIRETRIZES DE ENCAMINHAMENTO DAS
AÇÕES DE SAÚDE PARA ANÁLISE PELO NAT-JUS/RN***



**PODER JUDICIÁRIO FEDERAL
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE
JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU**

Conforme o Termo de Cooperação firmado entre o Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte (TJRN), a Secretária Estadual de Saúde (SESAP), a Secretária Municipal de Saúde (SMS) e a EBSEERH/HUOL – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares/Hospital Universitário Onofre Lopes, ao qual aderiu posteriormente a Justiça Federal no Rio Grande do Norte (JFRN), bem assim consoante as Portarias editadas pelo TJRN e pela JFRN para disciplina do trabalho do NAT-JUS no Estado do RN, assentamos as seguintes DIRETRIZES DE ENCAMINHAMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE PARA ANÁLISE PELO NAT-JUS/RN:

1 – Os pareceres técnicos (Respostas Rápidas ou Notas Técnicas) serão solicitados pelas Varas¹ de tramitação dos processos através do e-mail natjusrn@tjrn.jus.br, canal de comunicação entre os Juízos e o corpo técnico;

2 – Para solicitação do parecer técnico, há necessidade de envio ao NAT-JUS/RN dos documentos que instruem a inicial, especialmente exames, prescrição e laudo médicos, devendo constar desse último as informações listadas nos formulários que integram o presente documento, selecionadas conforme a natureza da ação ou serviço de saúde postulado judicialmente;

3 – Ao solicitar a atuação do NAT-JUS/RN, o Juiz solicitante deve ainda especificar as questões a serem dirimidas pelo corpo técnico, medida tendente a racionalizar o trabalho dos profissionais médicos e farmacêuticos;

4 – Recomenda-se que, antes da solicitação do parecer técnico ao NAT-JUS/RN, sejam consultados os dados do JUDSAÚDE, assim como as informações disponíveis nos links ali disponibilizados.

¹ As Varas contempladas pela atuação do NAT-JUS/RN constam das Portarias expedidas pelo TJRN e pela Direção do Foro da Seção Judiciária do RN.



PODER JUDICIÁRIO FEDERAL
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE
JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU

POSTULAÇÃO DE MEDICAMENTO

I – Esclarecimentos sobre o (a) PACIENTE:

01. Idade.

02. Enfermidade com respectivo CID.

03. Data do diagnóstico.

04. Informação sobre o(s) tratamento(s) anterior(es), inclusive sua submissão aqueles previstos nos PCDT's do SUS, assim como do(s) resultado(s) obtido(s).

05. Indicação da existência de doenças concomitantes (hipertensão arterial, diabetes, coronariopatia, psicopatia, infecção, verminose etc.).

06. Performance *status* – OMS: a) paciente completamente ativo, desempenhando sem restrições suas atividades físicas habituais; b) paciente restrito em suas atividades físicas habituais, mas está deambulando e capaz de realizar tarefas leves; c) paciente está deambulando e realiza cuidado pessoal, mas é incapaz de trabalhar; passa fora da cama mais de 50% do dia útil; d) paciente só realiza tarefas limitadas do cuidado pessoal, confinado à cama ou cadeira de rodas por mais de 50% do dia útil; e) paciente completamente debilitado e incapaz de cuidados pessoais, completamente confinado à cama ou cadeira de rodas.

II – Esclarecimentos quanto ao MEDICAMENTO prescrito:

01. Indicação do(s) fármaco(s) prescrito(s) com especificação do princípio ativo, dosagem necessária e quantidade correspondente em unidades (caixas) do medicamento, anexando o receituário. No caso de tratamento igual ou superior a 01 (um) ano, indicar o quantitativo correspondente apenas a esse período.



**PODER JUDICIÁRIO FEDERAL
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE
JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU**

02. Informação se, após um ano de tratamento, o(s) medicamento(s) será(ão) de uso contínuo e/ou descontínuo e por tempo indeterminado. Em caso negativo, qual a duração prevista da terapêutica.

03. Indicação do uso regular de outro(s) medicamento(s) pelo(a) paciente, em razão desta ou de outra patologia.

04. Informação acerca da observância, no momento da prescrição, do protocolo clínico de tratamento dos pacientes diagnosticados com a enfermidade apontada.

05. Informação sobre a disponibilização do medicamento pelo SUS ou algum programa específico do Governo. Em caso negativo, apontamento acerca da possibilidade, ou não, de substituí-lo por terapêutica disponível no SUS.

06. Apontamento sobre a disponibilização do fármaco pelo SUS, mas para tratamento de enfermidade com CID diverso.

07. Existência de registro do medicamento na ANVISA ou informação acerca de se encontrar em fase experimental.

08. Apontamento acerca das evidências científicas de eficiência, eficácia e segurança da medicação, com respectivo nível, OU, sendo o caso, de sua superioridade comparativamente à terapêutica protocolizada no âmbito do SUS.

09. Indicação da resposta esperada com o uso do medicamento, considerando reações adversas e efeitos colaterais: cura, estagnação da evolução da enfermidade, melhora da qualidade de vida, aumento da sobrevida etc.

10. Informações acerca das consequências do não uso do medicamento postulado.

11. Informação acerca de eventual período de tempo máximo para o início do tratamento, sob pena de comprometimento de seus resultados.

12. Indicação do valor do tratamento pretendido, considerando a sua duração ou, caso seja prescrito por tempo indeterminado, o seu custo anual.



**PODER JUDICIÁRIO FEDERAL
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE
JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU**

POSTULAÇÃO DE MEDICAMENTO ONCOLÓGICO

I – Esclarecimentos sobre o(a) PACIENTE:

01. Idade.
02. Enfermidade com respectivo CID e, se for o caso, localização do(s) tumor(es).
03. Diagnóstico cito ou histopatológico.
04. Data do diagnóstico.
05. Grau histopatológico.
06. Estádio (UICC).
07. Informação sobre existência de linfonodos regionais invadidos.
08. Apontamento sobre configuração de metástase(s) e sua localização, se o for o caso.
09. Informação sobre o(s) tratamento(s) anterior(es), inclusive sua submissão aqueles previstos nos PCDT's do SUS, assim como do(s) resultado(s) obtido(s).
10. Indicação da existência de doenças concomitantes (hipertensão arterial, diabetes, coronariopatia, psicopatia, infecção, verminose etc.).
11. Performance *status* – OMS: a) paciente completamente ativo, desempenhando sem restrições suas atividades físicas habituais; b) paciente restrito em suas atividades físicas habituais, mas está deambulando e capaz de realizar tarefas leves; c) paciente está deambulando e realiza cuidado pessoal, mas é incapaz de trabalhar; passa fora da cama mais de 50% do dia útil; d) paciente só realiza tarefas limitadas do cuidado pessoal, confinado à cama ou cadeira de rodas por mais de 50% do dia útil; e) paciente completamente debilitado e incapaz de cuidados pessoais, completamente confinado à cama ou cadeira de rodas.
12. Informação sobre as consequências da(s) enfermidade(s) à saúde do(a) paciente.



**PODER JUDICIÁRIO FEDERAL
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE
JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU**

II – Esclarecimentos quanto ao MEDICAMENTO ONCOLÓGICO prescrito:

01. Indicação do(s) fármaco(s) prescrito(s) com especificação do princípio ativo, dosagem necessária e quantidade correspondente em unidades (caixas) do medicamento, anexando o receituário. No caso de tratamento igual ou superior a 01 (um) ano, indicar o quantitativo correspondente apenas a esse período.

02. Informação se, após um ano de tratamento, o(s) medicamento(s) será(ão) de uso contínuo e/ou descontínuo e por tempo indeterminado. Em caso negativo, qual a duração prevista da terapêutica.

03. Indicação do uso regular de outro(s) medicamento(s) pelo(a) paciente, em razão desta ou de outra patologia.

04. Informação acerca da observância, no momento da prescrição, do protocolo clínico de tratamento adotado pela unidade de saúde.

05. Informação sobre a disponibilização do medicamento pelo SUS ou algum programa específico do Governo. Em caso negativo, apontamento acerca da possibilidade, ou não, de substituí-lo por terapêutica disponível no SUS.

06. Apontamento sobre a disponibilização do fármaco pelo SUS, mas para tratamento de enfermidade com CID diverso.

07. Existência de registro do medicamento na ANVISA ou informação acerca de se encontrar em fase experimental.

08. Apontamento acerca das evidências científicas de eficiência, eficácia e segurança da medicação com respectivo nível.

09. Indicação da resposta esperada com o uso do medicamento, considerando reações adversas e efeitos colaterais: cura, estagnação da evolução da enfermidade, melhora da qualidade de vida, aumento da sobrevida etc.

10. Informações acerca das consequências do não uso do medicamento postulado.

11. Informação acerca de eventual período de tempo máximo para o início do



**PODER JUDICIÁRIO FEDERAL
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE
JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU**

tratamento, sob pena de comprometimento de seus resultados.

12. Indicação do valor do tratamento pretendido, considerando a sua duração ou, caso seja prescrito por tempo indeterminado, o seu custo anual.



**PODER JUDICIÁRIO FEDERAL
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE
JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU**

POSTULAÇÃO DE QUIMIOEMBOLIZAÇÃO

I – Esclarecimentos sobre o(a) PACIENTE:

01. Idade.
02. Enfermidade com respectivo CID e, se for o caso, localização do(s) tumor(es).
03. Diagnóstico cito ou histopatológico.
04. Data do diagnóstico.
05. Grau histopatológico.
06. Estádio (UICC).
07. Apontamento sobre configuração de metástase(s) e sua localização, se o for o caso.
08. Informação sobre o(s) tratamento(s) anterior(es), inclusive sua submissão aqueles previstos nos PCDT's do SUS, assim como do(s) resultado(s) obtido(s).
09. Indicação da existência de doenças concomitantes (hipertensão arterial, diabetes, coronariopatia, psicopatia, infecção, verminose etc.).
10. Performance *status* – OMS: a) paciente completamente ativo, desempenhando sem restrições suas atividades físicas habituais; b) paciente restrito em suas atividades físicas habituais, mas está deambulando e capaz de realizar tarefas leves; c) paciente está deambulando e realiza cuidado pessoal, mas é incapaz de trabalhar; passa fora da cama mais de 50% do dia útil; d) paciente só realiza tarefas limitadas do cuidado pessoal, confinado à cama ou cadeira de rodas por mais de 50% do dia útil; e) paciente completamente debilitado e incapaz de cuidados pessoais, completamente confinado à cama ou cadeira de rodas.
11. Informação sobre as consequências da(s) enfermidade(s) à saúde do(a) paciente.



**PODER JUDICIÁRIO FEDERAL
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE
JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU**

II – Esclarecimentos quanto ao TRATAMENTO DE QUIMIOEMBOLIZAÇÃO prescrito:

01. Justificativa para a realização do tratamento.

02. Indicação do número de sessões necessárias para o êxito do tratamento prescrito.

03. Informação acerca da observância, no momento da prescrição, do protocolo clínico de tratamento adotado pela unidade de saúde.

04. Informação sobre o fornecimento, pelo SUS, do tratamento completo com respectivos materiais ou de sua disponibilização por outro programa da rede municipal ou estadual de saúde. Em caso negativo, apontamento acerca da possibilidade, ou não, de substituí-lo por terapêutica disponível no SUS.

05. Apontamento acerca das evidências científicas de eficiência, eficácia e segurança do tratamento prescrito e respectivo nível, assim como de sua superioridade comparativamente à terapêutica protocolizada no âmbito do SUS.

06. Indicação da resposta esperada com o tratamento, considerando reações adversas e efeitos colaterais: cura, estagnação da evolução da enfermidade, melhora da qualidade de vida, aumento da sobrevida etc.

07. Informações acerca das consequências da não realização do tratamento postulado.

08. Informação acerca de eventual período de tempo máximo para o início do tratamento, sob pena de comprometimento de seus resultados.

09. Indicação do valor do tratamento pretendido, considerando separadamente valor de despesas hospitalares, honorários médicos e custo dos materiais a serem empregados.



**PODER JUDICIÁRIO FEDERAL
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE
JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU**

POSTULAÇÃO DE EXAME

I – Esclarecimentos sobre o (a) PACIENTE:

01. Idade.
02. Enfermidade com respectivo CID.
03. Data do diagnóstico.
04. Informação sobre o(s) tratamento(s) anterior(es), inclusive sua submissão aqueles previstos nos PCDT's do SUS, assim como do(s) resultado(s) obtido(s).
05. Indicação da existência de doenças concomitantes (hipertensão arterial, diabetes, coronariopatia, psicopatia, infecção, verminose etc.).
06. Indicação se o estado de saúde do(a) paciente permite a realização do exame prescrito.
07. Apontamento da performance *status* – OMS: a) paciente completamente ativo, desempenhando sem restrições suas atividades físicas habituais; b) paciente restrito em suas atividades físicas habituais, mas está deambulando e capaz de realizar tarefas leves; c) paciente está deambulando e realiza cuidado pessoal, mas é incapaz de trabalhar; passa fora da cama mais de 50% do dia útil; d) paciente só realiza tarefas limitadas do cuidado pessoal, confinado à cama ou cadeira de rodas por mais de 50% do dia útil; e) paciente completamente debilitado e incapaz de cuidados pessoais, completamente confinado à cama ou cadeira de rodas:

II – Esclarecimentos quanto ao EXAME postulado:

01. Indicação acerca da disponibilização, pelo SUS, do exame requerido, ou informação de sua realização por outro programa da rede municipal ou estadual de



**PODER JUDICIÁRIO FEDERAL
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE
JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU**

saúde.

02. Informações sobre a finalidade do exame e eventual necessidade de sua realização com urgência.

03. Informação sobre a possibilidade de substituição do exame prescrito por outro realizado e/ou fornecido através do SUS.

04. Em caso negativo, apresentar justificativa detalhada acerca das vantagens técnicas, e comprovadas cientificamente, do exame almejado em comparação com aquele contemplado pelas políticas públicas de saúde, enfatizando sua especial acurácia.

05. Informações sobre a possibilidade de realização do exame em hospital público, ou via SUS, com médico credenciado ao sistema.

06. Indicação das unidades de saúde em que é possível a realização do exame.

07. Indicação das consequências da não realização do exame.

08. Indicação do valor do exame pretendido.



**PODER JUDICIÁRIO FEDERAL
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE
JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU**

POSTULAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO OU CIRÚRGICO

I – Esclarecimentos sobre o (a) PACIENTE:

01. Idade.

02. Enfermidade com respectivo CID.

03. Data do diagnóstico.

04. Informação sobre o(s) tratamento(s) anterior(es), inclusive sua submissão aqueles previstos nos PCDT's do SUS, assim como do(s) resultado(s) obtido(s).

05. Indicação da existência de doenças concomitantes (hipertensão arterial, diabetes, coronariopatia, psicopatia, infecção, verminose etc.).

06. Indicação se o estado de saúde do(a) paciente permite a realização do procedimento pretendido.

07. Apontamento da performance *status* – OMS: a) paciente completamente ativo, desempenhando sem restrições suas atividades físicas habituais; b) paciente restrito em suas atividades físicas habituais, mas está deambulando e capaz de realizar tarefas leves; c) paciente está deambulando e realiza cuidado pessoal, mas é incapaz de trabalhar; passa fora da cama mais de 50% do dia útil; d) paciente só realiza tarefas limitadas do cuidado pessoal, confinado à cama ou cadeira de rodas por mais de 50% do dia útil; e) paciente completamente debilitado e incapaz de cuidados pessoais, completamente confinado à cama ou cadeira de rodas:

II – Esclarecimentos quanto ao PROCEDIMENTO MÉDICO ou CIRÚRGICO postulado:

01. Indicação acerca da disponibilização, pelo SUS, do procedimento requerido, ou



**PODER JUDICIÁRIO FEDERAL
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE
JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU**

informação de sua realização por outro programa da rede municipal ou estadual de saúde.

02. Apontamento acerca das evidências científicas da eficiência, eficácia e segurança do procedimento e de que não se encontra em fase experimental o tratamento pretendido.

03. Apresentação da lista de materiais necessários para a realização do procedimento.

04. Informação sobre a possibilidade de substituição do procedimento prescrito por outro realizado e/ou fornecido através do SUS.

05. Em caso negativo, apresentar justificativa detalhada acerca das vantagens técnicas, e comprovadas cientificamente, do procedimento almejado em comparação com aquele protocolizado no âmbito do SUS e, conseqüentemente, os benefícios para o(a) paciente.

06. Indicação da resposta esperada com a realização do procedimento, especificando a melhoria na qualidade de vida e capacidade laborativa do(a) paciente com a realização da cirurgia.

07. Informação sobre a possibilidade de substituição da prótese, órtese ou do material especial necessários ao procedimento por outro fornecido através do SUS.

08. Em caso negativo, apresentar justificativa detalhada acerca das vantagens técnicas, e comprovadas cientificamente, da órtese, prótese ou matéria especial pretendido em comparação com aquele contemplado pelo SUS e, conseqüentemente, os benefícios para o(a) paciente.

09. No que se refere ao pós-operatório, indicação da necessidade de medicamentos específicos e, em caso positivo, apontamento daqueles que serão de uso contínuo e por tempo indeterminado ou a duração do tratamento.

10. Indicação da necessidade de tratamento fisioterápico após o procedimento e por que período.



**PODER JUDICIÁRIO FEDERAL
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE
JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU**

11. Informação acerca da necessidade de cirurgia(s) complementar(es), para pleno êxito do procedimento, e especificação da possibilidade de ocorrências de complicações decorrentes do procedimento que impliquem em nova(s) cirurgia(s).

12. Informações sobre a possibilidade de realização do procedimento em hospital público, ou via SUS, com médico credenciado ao sistema, fornecendo-se pela via judicial apenas a órtese, prótese ou material especial não contemplado pelo SUS.

13. Indicação dos hospitais em que é possível a realização do procedimento.

14. Indicação das consequências da não realização do procedimento.

15. Informação sobre tratar-se de procedimento médico ou cirúrgico eletivo ou da existência de urgência na sua realização, justificando esta.

16. Indicação do valor do procedimento pretendido, considerando separadamente as despesas hospitalares, os honorários médicos e a prótese, órtese ou material especial a ser utilizado.



**PODER JUDICIÁRIO FEDERAL
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE
JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU**

POSTULAÇÃO DE SUPLEMENTO NUTRICIONAL

I – Esclarecimentos sobre o(a) PACIENTE:

01. Idade.

02. Enfermidade com respectivo CID.

03. Data do diagnóstico.

04. Informação sobre o(s) tratamento(s) anterior(es), inclusive sua submissão aqueles previstos nos PCDT's do SUS, assim como do(s) resultado(s) obtido(s).

05. Indicação da existência de doenças concomitantes (hipertensão arterial, diabetes, coronariopatia, psicopatia, infecção, verminose etc.).

06. Performance *status* – OMS: a) paciente completamente ativo, desempenhando sem restrições suas atividades físicas habituais; b) paciente restrito em suas atividades físicas habituais, mas está deambulando e capaz de realizar tarefas leves; c) paciente está deambulando e realiza cuidado pessoal, mas é incapaz de trabalhar; passa fora da cama mais de 50% do dia útil; d) paciente só realiza tarefas limitadas do cuidado pessoal, confinado à cama ou cadeira de rodas por mais de 50% do dia útil; e) paciente completamente debilitado e incapaz de cuidados pessoais, completamente confinado à cama ou cadeira de rodas.

07. Diagnóstico nutricional

II – Esclarecimentos quanto ao SUPLEMENTO NUTRICIONAL prescrito:

01. Indicação do(s) suplemento(s) nutricional(is) prescrito(s) e composição nutricional.



**PODER JUDICIÁRIO FEDERAL
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE
JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU**

02. Indicação da dosagem referente à quantidade em latas do(s) suplemento(s) necessária(s) por dia/mês/ano.

03. Indicação do tempo de uso, se temporário ou contínuo e permanente, assim como necessidade de alteração da dosagem após determinado período.

04. Via de administração da dieta/suplemento/módulos

04. Apontamento sobre a existência de outro suplemento de uso regular pela parte autora, em razão desta ou de outra patologia, bem como dos resultados obtidos.

05. Indicação da disponibilização do(s) suplemento(s) pelo SUS e, em caso negativo, da existência de outras opções terapêuticas disponíveis em outro programa específico de Governo.

06. Apontamento acerca das evidências científicas de eficiência, eficácia e segurança do suplemento prescrito, com respectivo nível, OU, sendo o caso, da sua superioridade comparativamente ao suplemento nutricional contemplado pelas políticas públicas de saúde.

07. Informação acerca da resposta esperada com o uso do(s) suplemento(s), tais como cura, melhoria da qualidade de vida, aumento de sobrevida etc, considerando também reações adversas e efeitos colaterais.

08. Indicação das consequências do não uso do(s) suplemento(s).

09. Indicação do valor do tratamento pretendido, considerando a sua duração ou, caso seja prescrito por tempo indeterminado, o seu custo anual.



**PODER JUDICIÁRIO FEDERAL
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE
JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU**

POSTULAÇÃO DE SERVIÇO *HOME CARE*

I – Esclarecimentos sobre o(a) PACIENTE:

01. Idade.
02. Diagnóstico e CID.
03. Origem da doença.
04. Informação sobre o(s) tratamento(s) anterior(es), inclusive sua submissão aqueles previstos nos PCDT's do SUS, assim como do(s) resultado(s) obtido(s).
05. Indicação da existência de doenças concomitantes (hipertensão arterial, diabetes, coronariopatia, psicopatia, infecção, verminose etc.).
06. Estado atual de saúde.

II – Esclarecimentos quanto ao tratamento *HOME CARE*:

01. Benefícios, para o(a) paciente, da adoção do tratamento *home care*. Apontamento da possibilidade de cura ou melhora em sua qualidade de vida decorrente do tratamento domiciliar.
02. Sinalização da indispensabilidade ou não do tratamento para alcance da cura ou melhora apontada.
03. Apontamento dos riscos à saúde do(a) paciente com a não utilização do tratamento pretendido.
04. Frequência com que o(a) paciente vem sendo submetido(a) a internamentos e qual o prazo médio das internações que tem sofrido, com especificação das consequências das internações constantes.
05. Indicação do fornecimento ou não, pelo SUS, da medicação, material,



**PODER JUDICIÁRIO FEDERAL
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE
JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU**

equipamentos e assistência profissional de que necessita o(a) paciente.

06. Em caso negativo, informação sobre a possibilidade de sua substituição por outros serviços oferecidos pelo SUS ou outro programa de saúde pública.

07. Indicação do tipo de assistência profissional de que necessita o(a) paciente, inclusive periodicidade das visitas.

08. Indicação do custo mensal, total ou aproximado, de todo o tratamento *home care*, incluindo medicação e honorários profissionais.



**PODER JUDICIÁRIO FEDERAL
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE
JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU**

POSTULAÇÃO DE TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO

I – Esclarecimentos sobre o(a) PACIENTE:

01. Idade.
02. Enfermidade com respectivo CID.
03. Data do diagnóstico.
04. Informação sobre o(s) tratamento(s) anterior(es), inclusive sua submissão aqueles previstos nos PCDT's do SUS, assim como do(s) resultado(s) obtido(s).
05. Indicação da existência de doenças concomitantes (hipertensão arterial, diabetes, coronariopatia, psicopatia, infecção, verminose etc.).
06. Informação acerca do *status* do paciente, se a sua enfermidade limita ou incapacita a realização de tarefas do cuidado pessoal, sua locomoção ou seu trabalho, ainda que parcialmente.
07. Indicação de sua acuidade visual e se a evolução da enfermidade pode comprometer totalmente sua visão.

II – Esclarecimentos quanto ao TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO prescrito:

01. Indicação do(s) fármaco(s) prescrito(s) com especificação do princípio ativo, dosagem necessária e quantidade correspondente em unidades (caixas) do medicamento, anexando o receituário. No caso de tratamento igual ou superior a 01 (um) ano, indicar o quantitativo correspondente apenas a esse período:
02. Informação se, após um ano de tratamento, o(s) medicamento(s) será(ão) de uso contínuo e/ou descontínuo e por tempo indeterminado. Em caso negativo, qual a duração prevista da terapêutica.



**PODER JUDICIÁRIO FEDERAL
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE
JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU**

03. Indicação do uso regular de outro(s) medicamento(s) pelo(a) paciente, em razão desta ou de outra patologia.

04. Informação acerca da observância, no momento da prescrição, do protocolo clínico de tratamento dos pacientes diagnosticados com a enfermidade apontada.

05. Informação sobre a disponibilização do medicamento pelo SUS ou algum programa específico do governo. Em caso negativo, apontamento acerca da possibilidade, ou não, de substituí-la por terapêutica disponível no SUS.

06. Apontamento sobre a disponibilização do fármaco pelo SUS, mas para tratamento de enfermidade com CID diverso.

07. Existência de registro do medicamento na ANVISA ou informação acerca de se encontrar em fase experimental.

08. Apontamento acerca das evidências científicas de eficiência, eficácia e segurança da medicação, com respectivo nível, OU, sendo o caso, da sua superioridade comparativamente à terapêutica protocolizada no âmbito do SUS.

09. Indicação da resposta esperada com o uso do medicamento, considerando reações adversas e efeitos colaterais: cura, estagnação da evolução da enfermidade, melhora da qualidade de vida, aumento da sobrevida etc.

10. Informações acerca das consequências do não uso do medicamento postulado.

11. Informação acerca de eventual período de tempo máximo para o início do tratamento, sob pena de comprometimento de seus resultados.

12. Indicação do valor do tratamento pretendido, considerando a sua duração ou, caso seja prescrito por tempo indeterminado, o seu custo anual.