

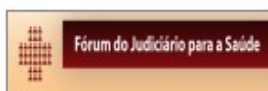
Formulário para Demandas Judiciais de Acesso à Saúde (Cirurgia) - NAT JUS GOIÁS

| | |
|--|-----------------------------------|
| Identificação do paciente: | |
| Idade: | Peso: |
| Altura: | CID¹ da doença: |
| * Plano de saúde: sim () não () | Qual? |
| Data do diagnóstico: | |

| |
|---|
| Histórico clínico e informações sobre tratamento(s) progresso(s) (procedimentos e exames já realizados): |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| |
|---|
| Descrever detalhadamente a Cirurgia(s) necessária(s) e o tipo de material necessário (detalhado) para a realização do procedimento: |
| |
| |
| |
| |
| |
| Os materiais indicados estão disponíveis no SUS ou podem ser SUBSTITUÍDOS por outros disponíveis na rede pública (SUS) ? Em caso negativo, justificar detalhadamente as vantagens técnicas dos materiais solicitados em relação àqueles fornecidos pelo SUS, <u>anexando o “de acordo” do Diretor Técnico/Diretor Clínico da unidade hospitalar</u> e, conseqüentemente, apontar os benefícios para o(a) paciente. |

1 CID: Classificação Internacional de Doenças



Comitê Executivo de Goiás

Justiça Federal

| |
|--|
| |
| |
| |

Qual(is) hospital(is) com atendimento pelo SUS no Estado de Goiás são habilitados para a realização da cirurgia solicitada?

| |
|--|
| |
| |

Qual(is) hospital(is) particulares no Estado de Goiás tem habilitação para a realização da cirurgia solicitada?

| |
|--|
| |
|--|

A cirurgia prescrita é realizada por algum hospital **vinculado ao SUS ou de referência em OUTRO Estado da Federação**? Caso positivo, indicar o(s) hospital(is) público(s) ou conveniado(s) e informar se o paciente já foi referenciado/regulado.

| |
|--|
| |
| |

O procedimento(s) se enquadra(m) em urgência, emergência ou eletivo:

urgência () emergência () eletivo ()

Prazo máximo de espera pelo tratamento sem que haja complicação do quadro de saúde do paciente? (especificar quantidade):

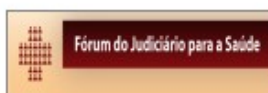
Qual seria o período de tempo razoável para a realização da cirurgia? (ainda que aproximado)

() anos () meses () dias

Quais seriam as consequências se o tempo definido pelo médico para a realização da cirurgia não fosse respeitado, ou seja, quais as consequências se houvesse um atraso na realização da cirurgia do paciente acima citado. (descrever minuciosamente as possíveis consequências deste atraso e se seriam reversíveis):

| |
|--|
| |
| |
| |

Informações complementares que o médico assistente julgar importantes para a



Comitê Executivo de Goiás

Justiça Federal

| |
|---------------------------|
| análise da demanda |
| |
| |
| |

É importante que sejam acostados aos autos do processo exames complementares capazes de:

- Comprovação do diagnóstico firmado pelo médico assistente (quando couber);
- Demonstração da evolução clínica do paciente (quando couber);
- Apresentação de falhas decorrentes de tratamentos anteriormente realizados e/ou eventos adversos (quando couber);
- Informação do estágio da doença (quando couber).

| |
|--------------|
| Data: |
|--------------|

Assinatura do médico assistente e CRM