



Prefeitura Municipal de Paulo Lopes
Secretaria Municipal de Saúde
Farmácia Municipal

ORIENTAÇÕES SOBRE ABERTURA DE PROCESSOS JUDICIAIS DE MEDICAMENTOS

Para a abertura de Processo Judicial de Medicamentos, está disponível para retirada pelo paciente, na Farmácia Municipal de Paulo Lopes, o Formulário Médico Judicial e a Lista de Documentos Ação de Saúde – Judicial (disponível também na sequência deste arquivo).

Após estar com toda documentação exigida em mãos, o paciente deve procurar um Advogado, a Defensoria Pública da União ou o Fórum da Comarca de Garopaba para dar entrada na solicitação do medicamento.

No link da DPU: <https://www.dpu.def.br/saude>, o paciente encontrará informações sobre as principais demandas, documentos importantes e quem pode ser atendido pela DPU.

Após ter seu pedido de medicamento deferido, o paciente será inserido no Sistema **CONNECTA** – Plataforma Integrada de Saúde. O medicamento será enviado pelo Judicial ao Município de residência do paciente e o mesmo fará a retirada mensal na Farmácia Municipal.

ENDEREÇOS:

DPU FLORIANÓPOLIS

Endereço: Rua Frei Evaristo, 142 - Centro

CEP: 88.015-410 - Florianópolis/SC

E-mail: dpu.sc@dpu.def.br (orientações gerais - não disponível para abertura de processos de auxílio emergencial)

Telefone: (48) 3221-9400

Horário de atendimento ao público:

Por telefone: de segunda a sexta, das 9:00 às 17:00.

Presencial: de segunda a sexta, das 10:00 às 16:00, apenas por agendamento.

Horário de funcionamento: 07:00 às 19:00 de segunda a sexta-feira. (Portaria 541/2019)

FÓRUM DA COMARCA DE GAROPABA SC

Endereço: Rua Santa Rita, 100, Garopaba – SC, 88495-000

Telefone: (48) 3287-8300

Horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira das 12:00 às 19:00h

FARMÁCIA MUNICIPAL DE PAULO LOPES

Endereço: Rua Santa Catarina, 193, centro

CEP: 88490-000 – Paulo Lopes / SC

Horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira das 08:00 às 12:00h e das 13:00 às 17:00h

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO MÉDICO

- 1- Por exigência da Justiça Federal, o Formulário Médico a ser utilizado para pedido judicial de tratamento de saúde, é modelo aprovado pelo Comitê Executivo do Estado de Santa Catarina – COMESC (anexo);
- 2- O Formulário da COMESC **será utilizado para todos os pedidos relacionados à saúde** - Medicamento, Exame, Cirurgia, Consulta, Vaga em UTI, etc;
- 3- Dessa forma, solicitamos, caso necessário, adequações pertinentes à necessidade do paciente, ou seja, **(onde consta “medicamento”, escrever a necessidade do paciente, por exemplo: “Cirurgia, Prótese, Leite especial, etc”)**
- 4- Importante salientar que quanto mais detalhado o preenchimento do formulário, maiores as chances de acesso ao tratamento receitado.

IMPORTANTE:

- Quanto aos Medicamentos: ***Lucentis***[®] (ranibizumabe), ***Eylia***[®] (aflibercepte), ***Avastin***[®] (Bevacizumab) e similares:

- 1- **Desde logo informar na Receita Médica, sendo o caso, da possibilidade de haver necessidade de novas aplicações para continuidade do tratamento. Se as novas aplicações não constarem nos documentos médicos desde o início do processo, **A DPU NÃO PODERÁ REQUERER** e o paciente precisará iniciar novo processo judicial para novas aplicações.**
- 2- **Esclarecer, detalhadamente, se o paciente já fez uso das opções disponíveis no SUS (Fotocoagulação a laser) ou, caso contrário, os motivos pelos quais não possa utilizar;**
- 3- **Se realizou o Exame OCT, fornecer o Laudo e a Cópia do Exame.**



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

DADOS DO REQUERENTE:

Nome:	
RG e CPF:	Cartão SUS:
Contato (email/telefone):	
Atendimento que originou a prescrição: () Particular () Convênio - Qual? _____ () SUS - Unidade de atendimento:	

* 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).

DADOS DA PRESCRIÇÃO (Médico):

1-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
2-Medicamento (DCB/DCI⁴): _____
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 ⁵ da doença listada abaixo: () Sim () Não
Consta em padronização oficial (ex. REMUME, RENAME ou listas regionais ou estaduais) ⁶ () Sim () Não
3-Medicamento (DCB/DCI⁷): _____
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 ⁸ da doença listada abaixo: () Sim () Não
Consta em padronização oficial (ex. REMUME, RENAME ou listas regionais ou estaduais) ⁹ () Sim () Não

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:

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 - NOTIVISA¹⁰ 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 (MÉDICO)

(carimbo e assinatura): _____ Data: _____



Rua Frei Evaristo, 142 – Centro – Florianópolis/SC
Fone: (48) 32219400
E-mail: dpuf Florianopolis@gmail.com

PAJ:2022/031-
DATA:
HORA:

Caso não possa comparecer no dia Agendado, favor ligar e remarcar o atendimento – grato.

DOCUMENTOS BÁSICOS PARA QUESTÕES DE SAÚDE:

1. **Outorga de poderes** (assinada pelo paciente) – modelo fornecido pela DPU;
2. **RG e CPF de todos** os que moram na mesma casa;
3. **Carteira de trabalho de todos** os que moram na mesma casa;
4. **Comprovante de renda de todos** os que moram na mesma casa (caso não possua renda ou não possa comprovar, a DPU possui uma declaração para assinatura);
5. **Comprovante de residência (não pode conta comercial) em nome do paciente** – caso não possua, comprovante de residência + Declaração de Residência fornecida pela DPU e assinada pelo titular da conta (boletos de Concessionárias Públicas – Celesc, Casan, Telefonia - que devem datar de no máximo de 60 dias);
6. **Cartão do SUS**;
7. **Procuração DPU** – caso o (a) assistido (a) não possa ou tenha dificuldades para comparecer presencialmente no atendimento.
8. **Termo de consentimento assinado pelo paciente** – modelo fornecido pela DPU.
9. Procuração (padrão DPU): caso em que o Assistido necessite que alguém o represente na DPU.
10. **Laudo ou Atestado Médico com CID10** (devem datar de no **máximo de 90 dias**);
11. **Receita/requisição médica** (deve datar de no **máximo de 90 dias**);
12. **Prontuário Médico** – histórico dos atendimentos e do tratamento em andamento (completo e em ordem);
13. **Formulário Médico preenchido e assinado pelo médico** – modelo fornecido pela DPU - O médico deverá apontar no Formulário padrão DPU se já utilizou as alternativas fornecidas gratuitamente pelo SUS. Caso já tenha utilizado, deverá justificar as razões pelas quais optou por tratamento diverso. A ausência de justificativa poderá implicar a improcedência do pedido judicial.
14. **Negativas de fornecimento Estadual e Municipal:** é documento oficial de resposta da Secretaria Estadual de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde informando que o SUS não fornece o medicamento/procedimento/cirurgia/prótese/consulta/exame/etc., ou comprovante indicando a posição na fila de espera:

- **SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE:** - atendimento somente por e-mail: negativas.regfpolis@gmail.com.

Endereço: Rua das Orquídeas, s/n, Bela Vista III – São José/SC (próximo a Havan, Unilar e Posto de Saúde) – (48)36649091;): –

Documentos: levar xérox de: 1) Identidade; 2) CPF; 3) Comprovante de Residência; 4) Cartão do SUS; 5) Receita Médica; 6) Laudo Médico com CID; e preencher requerimento no local.

- **SECRETARIA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS:** Atendimento somente por e-mail: sms@pmf.sc.gov.br.

Endereço: Av. Professor Henrique da Silva Fontes, 6100, Trindade – Florianópolis/SC (em frente ao Shopping Vila Romana) – (48) 32391500;

Documentos: levar xérox de: 1) Identidade; 2) CPF; 3) Comprovante de Residência; 4) Cartão do SUS; 5) Receita Médica; 6) Laudo Médico com CID; e Formulário Preenchido pelo médico;

- **SECRETARIA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ:** Atendimento presencial.

Endereço: Av. Acioni Souza Filho, 403, Beira Mar de São José – São José/SC – (48) 32816800;

- **SECRETARIA MUNICIPAL DE BIGUAÇU:** Atendimento presencial.

Endereço: Rua Vereador Emídio Amorim Veríssimo, 114, Praia João Rosa – Biguaçu/SC – (48) 30398500;

- **SECRETARIA MUNICIPAL DE PALHOÇA:** Atendimento presencial.

Endereço: Rua Atílio Pedro Pagani, 855, 3º andar, Passa Vinte – Palhoça/SC – (48) 30475564.

15. Orçamentos:

- Medicamentos comuns (comercializados em farmácia): 3 orçamentos de 3 farmácias diferentes;

- Medicamentos restritos (comercializados apenas por laboratórios/representantes): ao menos 1 orçamento (ideal são 3);

- Procedimentos/Exames/Cirurgias/Consultas/Próteses: ao menos 1 orçamento (ideal são 3).

- **Todos os orçamentos deverão conter:** Nome e CPF do(a) assistido(a)/paciente; CNPJ do estabelecimento; Validade do orçamento; Dados bancários do estabelecimento; E-mail do estabelecimento; Valor unitário; Valor total;

16. Caso o(a) assistido(a) não possa comparecer para atendimento, deverá assinar **Procuração (modelo fornecido pela DPU)** para representação de terceiro + **Outorga e Termo de Consentimento**.

17. **Gastos Extraordinários:** caso a renda ultrapasse o limite legal.

Obs:

1- Estou ciente da data do agendamento, dos documentos necessários, bem como, de que o não comparecimento na data agendada importará no imediato arquivamento do pedido. Caso não possa comparecer na data, deverá entrar em contato para reagendar ou cancelar o atendimento;

2- Após abertura do PAJ documentos complementares podem ser solicitados pela **equipe DPU (Defensores, Apoios e Secretárias) ou Judiciário**.

Estou ciente