



**COMITÊ ESTADUAL
DA SAÚDE DO CNJ**
CEARÁ

CIRURGIA

DOCUMENTOS PESSOAIS (trazer originais):

- RG ou outro documento de identidade;
- CPF;
- Comprovante de endereço;
- CARTÃO DO SUS;
- Caso necessite de representante é preciso ser parente e trazer RG, CPF e comprovante de endereço ou outro documento que comprove o parentesco.

LAUDO MÉDICO ORIGINAL E LEGÍVEL DO SUS, CONSTANDO:

- A doença e/ou diagnóstico (de forma extensa e com CID);
- Informar se o paciente está restrito ao leito ou impossibilitado de comparecer em juízo;
- **Nome da cirurgia** que o paciente necessita, por extenso e de acordo com a tabela do SUS (SIGTAP);
- Se a cirurgia não for fornecida pelo SUS o médico/cirurgião dentista deve **JUSTIFICAR** por qual motivo indica a cirurgia; Se a cirurgia não for fornecida pelo SUS é necessário trazer orçamento;
- Informar a **NECESSIDADE**, caráter de **URGÊNCIA/BREVIDADE (por escrito obrigatoriamente)** e **DETALHAR AS CONSEQUÊNCIAS/RISCOS/COMPLICAÇÕES** para o organismo do paciente (no caso de não conseguir ou demore), e/ou o risco de morte (somente quando for o caso);
- Categorizar o paciente pelo critério SWALIS¹ e informar se já foi pedida priorização da cirurgia, se for o caso, no sistema de regulação;
- Se necessitar judicializar materiais será necessário especificá-los e trazer orçamento;
- Trazer exames para comprovar diagnóstico da doença e a necessidade da cirurgia;
- Para cirurgias com especialidades em **traumato-ortopedia, urologia, otorrino e bariátrica** o paciente deverá aguardar na fila. Para verificar o seu lugar na fila é preciso ligar para o número: 3488-4819 (regulação).
- **VALIDADE MÁXIMA DO LAUDO – 30 DIAS.**

¹ Critério SWALIS (Surgical Waiting List Info System) estratificado em cinco categorias:

Categoria A1: Paciente com risco de deterioração clínica iminente. Necessidade de hospitalização.

Categoria A2: Paciente com as atividades diárias completamente prejudicadas por dor, disfunção ou incapacidade. Risco de incurabilidade.

Categoria B: Paciente com prejuízo acentuado das atividades diárias por dor, disfunção ou incapacidade.

Categoria C: Paciente com prejuízo mínimo das atividades diárias por dor, disfunção ou incapacidade.

Categoria D: Não há prejuízo para as atividades diárias.



**COMITÊ ESTADUAL
DA SAÚDE DO CNJ**
CEARÁ

RELATÓRIO MÉDICO PARA CIRURGIA - SUS

PREENCHER DE LETRA DE FORMA LEGÍVEL (CAPÍTULO 3, ARTIGO 11 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA)

Nome do paciente: _____
Data de nascimento: ___/___/____ Sexo: ()F ()M CPF: _____
RG: _____ Cartão do SUS: _____
Endereço: _____, nº _____,
Bairro _____, Cidade/Estado _____, CEP _____
* O paciente encontra-se restrito ao leito ou impossibilitado de comparecer em juízo: () sim () não

1. O paciente encontra-se restrito ao leito ou impossibilitado de comparecer em juízo:

() Sim () Não

2. Informe o diagnóstico do(a) paciente e o número da CID:

3. O paciente já foi submetido a uma outra cirurgia para esta doença?

() Não

() Sim. Qual tipo? _____

Em qual serviço? _____

4. Qual procedimento cirúrgico o paciente deverá ser submetido (OBS: informar nome do procedimento conforme tabela do SIGTAP – <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimentoCompativelConsulta.jsp>). Por qual motivo?

5. Esse procedimento é disponibilizado pelo SUS?

- Sim
 Não

Se não, informar qual procedimento é disponibilizado e por qual motivo o paciente não poderá ser submetido. _____

6. O paciente aguarda a realização do procedimento indicado desde quando?

6.1. Qual a categorização do paciente segundo o critério SWALIS²? _____

7. O procedimento é urgente?

- Não
 Sim

Se sim, quais os riscos que o paciente corre caso o procedimento cirúrgico não seja realizado com urgência?

8. Se for o caso (categorização SWALIS A1 e A2), já houve pedido de priorização do paciente no sistema de regulação?

- Sim Não

9. Quais benefícios trarão ao paciente caso essa cirurgia seja realizada:

Local de atendimento:

_____, _____/CE
(cidade)

_____/_____/_____ (data)

carimbo e assinatura

2 Critério SWALIS (Surgical Waiting List Info System) estratificado em cinco categorias:
Categoria A1: Paciente com risco de deterioração clínica iminente. Necessidade de hospitalização.
Categoria A2: Paciente com as atividades diárias completamente prejudicadas por dor, disfunção ou incapacidade. Risco de incurabilidade.
Categoria B: Paciente com prejuízo acentuado das atividades diárias por dor, disfunção ou incapacidade.
Categoria C: Paciente com prejuízo mínimo das atividades diárias por dor, disfunção ou incapacidade.
Categoria D: Não há prejuízo para as atividades diárias.

NOME DO MÉDICO (LETRA MAIÚSCULA E LEGÍVEL):

CRM: _____ / _____ RQE: _____ / _____

AUTORIZAÇÃO

Declaro que autorizei o médico assistente a preencher e repassar as informações necessárias acerca do diagnóstico de minha patologia e tratamento.

Assinatura

Observação: O presente relatório médico foi aprovado em reunião do dia 23.11.2018 pelo Comitê Executivo da Saúde do Ceará, do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde do CNJ. Na reunião do dia 07/05/2021 foram aprovadas algumas alterações conforme esse modelo já atualizado. O modelo foi elaborado a partir de ampla discussão entre todos os membros do Comitê. 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.