

2.1 Tratamento:

Contínuo () Temporário () Pelo prazo de: _____

2.2 O(A) paciente necessita fazer uso de alguma marca específica de medicamento?

Não () Sim ().

Se sim, indicar o nome do medicamento e apresentar os motivos que levaram a prescrevê-lo:

3. O(s) medicamento(s)/tratamento(s) prescrito(s) é(são) disponibilizado(s) pelo SUS para a(s) doença(s) do paciente? ()Sim ()Não

Local de atendimento: _____, _____/CE
(cidade)

_____/_____/_____ (data)

carimbo e assinatura

NOME DO PROFISSIONAL DA SAÚDE (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 31.03.2017 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.