

**Comitê Executivo de Saúde do CNJ do Paraná  
GESTÃO 2023/2025**

RECOMENDAÇÃO 01/2024

Dispõe sobre protocolos para cumprimento de decisões judiciais relacionadas a medicamentos, produtos para saúde, insumos e suplementos, procedimentos em saúde e Transtorno do Espectro Autista (TEA), e sobre protocolos a serem preenchidos pelo médico assistente da parte autora.

O Comitê Executivo de Saúde do CNJ no Paraná, no uso de suas atribuições legais e regimentais,

CONSIDERANDO o disposto na Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

CONSIDERANDO a previsão da Recomendação nº 146, de 28 de novembro de 2023, do Conselho Nacional de Justiça;

CONSIDERANDO o contido no Decreto Judiciário nº 422, de 4 de setembro de 2020;

CONSIDERANDO que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo como uma de suas diretrizes a descentralização, conforme dispõe o inciso I do art. 198 da Constituição Federal;

CONSIDERANDO que um adequado e padronizado procedimento de cumprimento das decisões judiciais nas demandas na área da saúde agiliza os trâmites processuais e confere maior efetividade à tutela jurisdicional;

CONSIDERANDO o disposto no expediente SEI nº 0108321- 19.2024.8.16.6000;

CONSIDERANDO a aprovação deste ato em reunião ordinária do Comitê Estadual de

Saúde realizada em 1 de novembro de 2024, recomenda:

Art. 1º A presente Recomendação trata dos protocolos para cumprimento de decisões judiciais relacionadas a medicamentos, produtos para saúde, insumos e suplementos, procedimentos em saúde e Transtorno do Espectro Autista (TEA), e sobre protocolos a serem preenchidos pelo médico assistente da parte autora (Anexos I, II e III), servindo de orientação ao Poder Judiciário e demais instituições que compõem a judicialização da saúde pública (Ministério Público, OAB, Defensoria, entre outros), assim como pelos médicos e demais profissionais de saúde e a gestão pública.

## CAPÍTULO I - PROTOCOLO MATRIZ

Art. 2º Fica instituído o protocolo matriz, a ser aplicado no cumprimento de decisões relacionadas a medicamentos, produtos para saúde, insumos e suplementos, e procedimentos em saúde, exceto em relação ao Transtorno do Espectro Autista (TEA).

§ 1º No protocolo matriz, caberá ao(à) magistrado(a) avaliar a necessidade de adotar as seguintes providências antes da decisão liminar da tutela de urgência:

I - intimação do ente público para que se manifeste sobre a petição inicial no prazo de 5 (cinco) dias, prorrogáveis justificadamente por igual período;

II - concomitante à providência do inciso I, e se for o caso, dar atendimento ao disposto no art. 5º do Decreto Judiciário nº 422, de 4 de setembro de 2020, que regulamenta a disponibilização da nota técnica pelo NAT-JUS;

III - providenciar a intimação do ente público preferencialmente, pela via eletrônica ou, não sendo viável, por oficial de justiça e, em quaisquer casos, com abertura automática do prazo nos processos eletrônicos;

IV - na hipótese de a demanda envolver o Estado do Paraná, efetivar sua intimação, preferencialmente, pela via eletrônica (e-mail [sec.pge@pge.pr.gov.br](mailto:sec.pge@pge.pr.gov.br)).

§ 2º Nas demandas relacionadas a medicamentos, produtos para saúde, insumos e suplementos, e procedimentos em saúde, deve ser analisada na petição inicial a existência dos seguintes documentos e informações:

I - no caso de medicamento, prescrição médica atualizada, preferencialmente de até 3

meses, com indicação do princípio ativo descrito pela DCB (denominação comum brasileira) ou, na sua ausência, pela DCI (denominação comum internacional), sendo observada a vedação de direcionamento à marca comercial;

II - no caso de produtos para saúde, insumos e suplementos, e procedimentos em saúde, prescrição atualizada, preferencialmente de até 3 meses, sem direcionamento de marca comercial;

III - apresentação da receita atualizada periodicamente no momento da dispensação;

IV - apresentação dos formulários dos Anexos I, II e III desta Recomendação, devidamente preenchidos pelo médico assistente, em que conste: condição clínica; CID; tratamentos já realizados; alternativas terapêuticas do SUS utilizadas; e demais informações pertinentes ao tratamento pleiteado;

V - dados pessoais do paciente: nome completo; CPF; data de nascimento; endereço completo; telefone do paciente ou representante legal (arts. 1º e 2º do Provimento nº 61, de 17 de outubro de 2017, do Conselho Nacional de Justiça);

## CAPÍTULO II

### PROTOCOLO PARA CUMPRIMENTO DE DECISÕES JUDICIAIS RELACIONADAS A MEDICAMENTOS, PRODUTOS PARA SAÚDE, INSUMOS E SUPLEMENTOS

Art. 3º Ficam estipulados os seguintes prazos para entrega de medicamentos, produtos para saúde, insumos e suplementos, conforme determinação judicial:

I - para produtos ou medicamentos em estoque no ente público: 20 (vinte) dias;

II - caso não exista estoque dos produtos ou medicamentos no ente público:

a) para produtos ou medicamentos registrados no Ministério da Saúde com Ata de Registro de Preços vigente: 40 (quarenta) dias;

b) para produtos ou medicamentos registrados no Ministério da Saúde sem Ata de Registro de Preços vigente: 90 (noventa) dias;

c) para produtos ou medicamentos importados: 240 (duzentos e quarenta) dias.

### CAPÍTULO III

#### PROTOCOLO PARA CUMPRIMENTO DE DECISÕES JUDICIAIS QUE ENVOLVAM PROCEDIMENTOS EM SAÚDE

Art. 4º Ficam estipulados os seguintes prazos para internamento, transferência de paciente internado e tratamento de paciente não internado, conforme determinação judicial:

I - para internamento em clínica de urgência ou em leito de UTI: 48 (quarenta e oito) horas;

II - transferência de paciente internado:

a) para tratamento especializado emergencial: 48 (quarenta e oito) horas;

b) para tratamento especializado não emergencial: 10 (dez) dias.

III - encaminhamento de paciente não internado:

a) para tratamento não previsto na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Medicamentos Especiais do Sistema Único de Saúde ( "Tabela SIGTAP" ): 120 (cento e vinte) dias;

b) para tratamento eletivo cirúrgico: 90 (noventa) dias;

c) para consultas e exames especializados: 120 (cento e vinte) dias;

d) para procedimentos que envolvam órteses, próteses e materiais especiais: 120 (cento e vinte) dias.

### CAPÍTULO IV

#### PROTOCOLO PARA CUMPRIMENTO DE DECISÕES JUDICIAIS QUE ENVOLVAM PROCEDIMENTO EM SAÚDE MENTAL

Art. 5º Ficam estipulados os seguintes prazos para procedimentos em saúde mental,

conforme determinação judicial:

I - para atenção primária à saúde, CAPS, ambulatório, leito de hospital geral: 48 (quarenta e oito) horas;

II - no caso de internação em hospital especializado em psiquiatria: 72 (setenta e duas) horas.

§ 1º Para internação em hospital especializado em psiquiatria, a parte autora deve apresentar o Laudo Médico Circunstanciado, nos termos do art. 6º da Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

§ 2º O Laudo Médico Circunstanciado, mencionado no § 1º deste artigo, deve informar as condições previstas no art. 31 da Resolução nº 2.057, de 12 de novembro de 2013, do Conselho Federal de Medicina.

## CAPÍTULO V

### PROTOCOLO PARA CUMPRIMENTO DE DECISÕES JUDICIAIS QUE ENVOLVAM O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Art. 6º No protocolo para cumprimento de decisão judicial que envolva o Transtorno do Espectro Autista (TEA), antes da decisão liminar da tutela de urgência, cabe ao(a) magistrado(a) intimar o ente público para que se manifeste sobre a petição inicial no prazo de 15 (quinze) dias.

§ 1º Concomitante à providência do caput, se for o caso, deve ser atendida à previsão do art. 5º do Decreto Judiciário nº 422, de 4 de setembro de 2020 (com as alterações do Decreto Judiciário nº 525, de 30 de setembro de 2024), que regulamenta a disponibilização da nota técnica pelo NAT-JUS.

§ 2º Aplica-se ao presente protocolo o disposto nos incisos III e IV do § 1º e a previsão dos incisos III, IV e V do § 2º, ambos do art. 2º desta Recomendação.

§ 3º Para demandas judiciais relacionadas a Transtorno do Espectro Autista (TEA), deve ser analisada na petição inicial a existência do formulário do Anexo III desta Recomendação, devidamente preenchido pelo médico assistente.

Art. 7º Após ser intimado nos termos do caput do art. 6º, o ente público apresentará, em sua resposta, relatório preliminar com a condição de saúde do paciente.

§ 1º Além do relatório preliminar com a condição de saúde do(a) paciente, deverá o ente público quando necessário:

I - vincular o(a) paciente ao SUS;

II - encaminhar o(a) usuário(a) do SUS para segunda opinião da Equipe Multidisciplinar para diagnóstico diferencial;

III - avaliar as condições de saúde o(a) usuário(a) do SUS;

IV - elaborar projeto terapêutico singular que contenha o plano de tratamento, monitoramento e acompanhamento do(a) paciente, bem como plano de alta médica.

Art. 8º Concordando o ente público com o diagnóstico da petição inicial (diagnóstico consistente), é de suma importância que conste no relatório do art. 7º, § 1º, o projeto terapêutico singular (PTS).

Parágrafo único. Não concordando o ente público com o diagnóstico da petição inicial (sem diagnóstico consistente), deve o paciente ser submetido, no prazo de até 120 (cento e vinte) dias, a uma segunda opinião (consulta/avaliação) da Equipe Multidisciplinar, para então ser apresentado o projeto terapêutico singular (PTS).

## CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 9º A adoção dos protocolos estabelecidos nesta Recomendação do Comitê Executivo de Saúde do CNJ no Paraná é fruto da Recomendação nº 146/2023 do CNJ, traduzindo importante instrumento de uniformização do fluxo de cumprimento das decisões judiciais em saúde pública.

Curitiba, 1 de novembro de 2024.

Rafaela Mari Turra

Coordenadora do Comitê Executivo de Saúde do Conselho Nacional de Justiça no Paraná.

Ana Carolina Morozowski

Vice-Coordenadora do Comitê Executivo de Saúde do Conselho Nacional de Justiça no Paraná.





**SOLICITAÇÃO DE LEITO HOSPITALAR (UTI ou ENFERMARIA)**

**INFORMAÇÕES DO MÉDICO SOLICITANTE**

Nome: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Vínculo com o paciente: Serviço SUS ( ) ou Serviço Privado ( )

Médico plantonista: Sim ( ) Não ( )

**INFORMAÇÕES DO PACIENTE**

Paciente: _____ Idade: _____
Data de nascimento:    /    /    CPF: _____

Serviço médico onde se encontra o paciente no momento: \_\_\_\_\_

Data / hora da chegada do paciente ao serviço: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Condição clínica atual: \_\_\_\_\_

Tratamento em curso no local:

( ) O2 – cateter nasal ( ) O2 – máscara facial – volume corrente: \_\_\_\_\_

( ) Intubação traqueal ( ) Ventilação mecânica ( ) Monitorização contínua

( ) Drogas vasoativas – tipo / volume: \_\_\_\_\_

( ) Reposição volêmica – tipo / volume: \_\_\_\_\_

( ) Outros procedimentos – descrever: \_\_\_\_\_

Comorbidades / doenças associadas: \_\_\_\_\_

Descrever a necessidade do internamento hospitalar: \_\_\_\_\_

Tipo de risco: ( ) Vida ( ) Órgão(s) – Citar: \_\_\_\_\_

( ) Função: \_\_\_\_\_

Procedimento sugerido: \_\_\_\_\_

Tipo de leito solicitado: ( ) Terapia intensiva ( ) Enfermaria

Benefício esperado após realização da intervenção: \_\_\_\_\_

Há solicitação de internação ativa junto ao Complexo Regulador / Central de Leitos regional?

( ) Sim – número da solicitação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ ( ) Não

**Em caso de demanda por internação em Terapia Intensiva:**

Prioridade de admissão atribuída ao paciente, observando obrigatoriamente o disposto na Resolução CFM 2.156/2016, Art. 6º:

( ) Prioridade 1: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

( ) Prioridade 2: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

( ) Prioridade 3: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica.

( ) Prioridade 4: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica.

( ) Prioridade 5: Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.

Parecer clínico e Justificativa da prioridade estabelecida para terapia intensiva:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Local) (data)

\_\_\_\_\_  
(assinatura e carimbo)

**COMITÊ  
EXECUTIVO  
DE SAÚDE**

**RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO JUDICIAL**

Prezado(a) médico(a), este formulário se destina a embasar a decisão judicial acerca de intervenções em saúde, que, muitas vezes, têm impacto social relevante sobre a gestão de saúde pública e/ou privada. Observe que quem vai receber este relatório precisa das melhores informações, de modo que é importante que seja adequadamente preenchido e com letra legível. Repare também que as informações devem ser verdadeiras para não caracterizar uma falsa declaração e infração ao código de ética.

**INFORMAÇÕES DO MÉDICO SOLICITANTE**

Nome: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Vínculo com o paciente: Serviço SUS ( ) Serviço Privado ( )

Local de trabalho onde atende o paciente: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo é responsável pelo tratamento do paciente: \_\_\_\_\_

Informar se é o médico que se propõe à realização da intervenção terapêutica que está recomendando: Sim ( ) Não ( )

Há conflito de interesse?

\_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES DO PACIENTE**

Paciente: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data de nascimento:    /    /    CPF: \_\_\_\_\_

1- Doença: \_\_\_\_\_

2- CID: \_\_\_\_\_ Data do diagnóstico: \_\_\_\_\_

3- Estadiamento ou grau atual da doença:

\_\_\_\_\_

4- Tratamento indicado (descrever a medicação, tecnologia e/ou cirurgia indicada):

\_\_\_\_\_

5- Em caso de tratamento cirúrgico indicar o ambiente a ser realizado:

( ) ambulatorial ( ) hospitalar.

**COMITÊ  
EXECUTIVO  
DE SAÚDE**

6- Em relação ao procedimento (conforme Resolução nº 1.451/95 do CFM<sup>1</sup>):

( ) eletivo; ( ) urgente ( ) emergência

7- Sobre o tipo de risco que o paciente potencialmente está submetido sem o tratamento solicitado:

( ) vida ( ) órgão .Citar qual( quais): \_\_\_\_\_ ( ) função.

8- Perspectiva de evolução clínica com agravamento do quadro:

---

---

9- Qual o resultado/efeito esperado com tratamento?

---

---

10- Descrever tratamentos prévios realizados pelo(a) paciente (se cirurgias, descrever quais foram, com respectivas datas; se medicamentos, descrever cada medicamento usado, posologia e tempo de uso de cada um):

10.1- Cirurgia (data do procedimento):

---

---

10.2- Medicamento (posologia e período/tempo de uso):

---

---

11- O tratamento previamente instituído apresentou falha ou perda de eficácia? ( ) sim ( ) não

11.1 -Houve evento adverso?( ) sim ( ) não

11.2 Houve efeito colateral? ( ) sim ( ) não

11.3 – Descrever as evidências de falha terapêutica.

---

---

12- O tratamento indicado no momento pode ser substituído por outro? Justifique.

---

---

Art. 1º (...) "Parágrafo Primeiro - Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Parágrafo Segundo - Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato." "Procedimento cirúrgico eletivo é todo aquele procedimento cirúrgico terapêutico executável em ambiente ambulatorial ou hospitalar, com diagnóstico estabelecido e com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência." (Antiga redação do art. 1º, parágrafo único, Portaria nº 1.919, de 15 de julho de 2010, do Ministério da Saúde)."

**13- Comorbidades ou outras condições que possam influenciar na indicação do tratamento atual (descrito no quesito 01).**

---

---

**14 - Outras informações relevantes ao caso.**

---

---

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Local) (data)

\_\_\_\_\_  
(assinatura e carimbo)

**COMITÊ  
EXECUTIVO  
DE SAÚDE**

**RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO JUDICIAL**  
(A ser preenchido pelo médico assistente)  
Para Transtorno do Espectro Autista (CID 10 - F84)

Prezado(a) médico(a), este formulário se destina a embasar a decisão judicial acerca de intervenções em saúde, que, muitas vezes, têm impacto social relevante sobre a gestão de saúde pública e/ ou privada. Observe que quem vai receber este relatório precisa das melhores informações, de modo que é importante que seja adequadamente preenchido e com letra legível. Repare também que as informações devem ser verdadeiras para não caracterizar uma falsa declaração e infração ao código de ética.

**INFORMAÇÕES DO MÉDICO SOLICITANTE**

Nome: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Vínculo com o paciente:      Serviço SUS (    )    Serviço Privado (    )

Local de trabalho onde atende o paciente: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo é responsável pelo tratamento do paciente: \_\_\_\_\_

Há conflito de interesse?

\_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES DO PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data de nascimento:    /    /      CPF \_\_\_\_\_

1- Doença: \_\_\_\_\_

2- CID 10: \_\_\_\_\_

3- Data do diagnóstico: \_\_\_\_\_

4- Idade na época do diagnóstico: \_\_\_\_\_

5- De acordo com o DSM-5<sup>1</sup> qual o nível de suporte atual do paciente:

( ) **Nível 1 - Precisam de pouco suporte** - geralmente apresentam dificuldades na comunicação social e interação, mas conseguem lidar com rotinas diárias.

( ) **Nível 2- Precisam de suporte substancial** -dificuldades sociais e de comunicação são mais pronunciadas. As pessoas nesse nível podem demonstrar comportamentos repetitivos ou restritos que interferem na funcionalidade. Podem precisar de suporte substancial para lidar com mudanças na rotina e podem ter dificuldade em adaptar-se a novas situações sociais.

( ) **Nível 3 - Precisam de muito suporte** - dificuldades graves na comunicação, interação social e comportamento. Pode haver compreensão limitada das pistas sociais, dificuldade em expressar suas necessidades e podem apresentar comportamentos desafiadores. Requer um suporte muito substancial para todas as áreas da vida.

6- Assinale os sinais e sintomas dos Critérios de Eixo A (dificuldade na comunicação, linguagem e interação social) dos critérios diagnósticos do DSM – 5 existentes no paciente:

6.1 ( ) *Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesse, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.*

6.2 ( ) *Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.*

6.3 ( ) *Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando de dificuldades em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, ausência de interesse por pares.*

7- Assinale os sinais e sintomas dos Critérios de Eixo B (Padrões restritos e repetitivos de comportamento) dos critérios diagnósticos do DSM – 5 existentes no paciente:

7.1 ( ) *Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (estereotipais motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).*

7.2 ( ) *Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).*

7.3 ( ) *Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos).*

---

<sup>1</sup> "Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.ª edição ou DSM-5 é um manual diagnóstico e estatístico feito pela Associação Americana de Psiquiatria para definir como é feito o diagnóstico de transtornos mentais".  
Referência: <https://pt.wikipedia.org/wiki/DSM-5>

7.4. ( ) Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento)

8. O paciente apresenta comorbidade(s)? ( ) Sim ( ) Não

8.1- Assinalar qual( quais) comorbidade(s) o paciente apresenta:

( ) Epilepsia ( ) Paralisia cerebral ( ) TDAH ( ) Déficit cognitivo ( ) TOD

( ) Síndrome genética. Especificar qual: \_\_\_\_\_

( ) outras comorbidades. Especificar qual: \_\_\_\_\_

9. Qual( quais ) exame( s) o paciente já realizou .Descrever resultados e anexá-los

( ) Tomografia Computadorizada de Crânio

( ) Ressonância Nuclear Magnética de Encéfalo

( ) Eletroencefalograma

( ) Exames genéticos

( ) Outros. Especificar quais: \_\_\_\_\_

10. Existe um plano terapêutico individualizado? ( ) Sim ( ) Não

10.1 Descrever abaixo o plano terapêutico individualizado

11. Quais as terapias indicadas atualmente?

( ) Fonoaudiologia

( ) Psicologia

( ) Terapia ocupacional

**COMITÊ  
EXECUTIVO  
DE SAÚDE**

( ) Fisioterapia motora

( ) Outras .Descrever : \_\_\_\_\_

12. Justifique a carga horária de terapias de acordo com o plano terapêutico individualizado e seus objetivos terapêuticos.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. O paciente já está realizando processo terapêutico? ( ) sim.Há quanto tempo:\_\_\_\_\_ Não ( )

13.1- Qual a evolução atingida?\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13.2- Há laudo dos terapeutas? ( ) sim ( ) não. Favor anexar

14. O paciente frequenta escola? ( ) Sim ( ) Não

Escola pública ( ) sim ( ) não

Escola particular ( ) sim ( ) não

15. Há relatório escolar? ( ) sim ( ) não. Favor anexar

16. Há necessidade atualmente de intervenção farmacológica? ( )Sim ( ) Não

17- A intervenção farmacológica visa tratar qual (quais) sintoma (s)? Especificar : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18. Qual (quais) fármaco(s) o paciente utiliza atualmente?Descrever conforme solicitado :

18.1- Fármaco(s):\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18.2- Dose\_\_\_\_\_

18.3- Tempo de uso:\_\_\_\_\_

19. Em relação ao(s) fármaco(s) já utilizado(s), descrever conforme solicitado :

19.1- Fármaco (s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

19.2- Tempo de uso\_\_\_\_\_

19.3-Motivo da suspensão da medicação:\_\_\_\_\_

**COMITÊ  
EXECUTIVO  
DE SAÚDE**

20- Outros comentários pertinentes ao caso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Local) (data)

\_\_\_\_\_  
(assinatura e carimbo)

1- “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.a edição ou DSM-5 é um manual diagnóstico e estatístico feito pela Associação Americana de Psiquiatria para definir como é feito o diagnóstico de transtornos mentais” .

#### Referências

<https://pt.wikipedia.org/wiki/DSM-5>