

REQUERIMENTO DE ATUALIZAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA

(PROCEDIMENTO EM SAÚDE- CONSULTA, EXAME, CIRURGIA)

MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Departamento de Gestão das Demandas em Judicialização na Saúde – DJUD)

OBSERVAÇÕES

- Todos os campos assinalados com (*) são de preenchimento obrigatório.
- A inclusão de documento não pertinente a este formulário será desconsiderada, inclusive decisões judiciais, uma vez que a responsabilidade pelo encaminhamento dessas decisões a este Departamento compete à Advocacia-Geral da União (AGU), por intermédio da Consultoria Jurídica (CONJUR).

1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

- *Nome completo: _____
- *CPF: _____
- *Data de nascimento: __/__/__
- *Telefone: _____
- *E-mail: _____

2. ENDEREÇO ATUALIZADO DO DEMANDANTE

- *Logradouro: _____
- *Número: _____
- Complemento: _____
- *Bairro: _____
- *Município/UF: _____
- *CEP: _____

3. DADOS ADMINISTRATIVOS

- Número do Processo Administrativo/SEI: _____

4. DADOS DA DECISÃO JUDICIAL

- *Processo judicial nº: _____
- Órgão julgador: _____
- Data da decisão: __/__/__

5. PROCEDIMENTO OBJETO DO CUMPRIMENTO JUDICIAL

- *Descrição do procedimento: _____
- *Finalidade do procedimento: _____
- Periodicidade (se aplicável): _____
- *Natureza do procedimento:
 - ☐ Cirúrgico
 - ☐ Ambulatorial
 - ☐ Diagnóstico (exame)
 - ☐ Terapêutico
 - ☐ Internação
 - ☐ Outro: _____

6. SITUAÇÃO ATUAL DO PROCEDIMENTO

- *O procedimento já foi iniciado ou realizado?
 - ☐ Sim ☐ Não

*Em caso positivo:

- Data da última realização: ____/____/____
- Quantidade de sessões/procedimentos realizados: _____

*Em caso negativo:

- O procedimento encontra-se agendado? ☐ Sim ☐ Não
- Data prevista (se houver): ____/____/____

7. INFORMAÇÕES DA UNIDADE EXECUTORA DO PROCEDIMENTO

- Nome da unidade hospitalar / clínica: _____
- Endereço completo: _____
- Município/UF: _____ CEP: _____

8. DOCUMENTOS ANEXOS

- *☐ Prescrição médica atualizada.
- *☐ Relatório médico.
- *☐ Documento de identificação do beneficiário.
- *☐ Comprovante de endereço atualizado.
- *☐ Três orçamentos referentes ao procedimento a ser realizado.
- ☐ Outros: _____

9. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro, para os devidos fins, sob minha inteira responsabilidade, que todas as informações prestadas no presente requerimento são verdadeiras, completas e atualizadas, bem como que os documentos encaminhados correspondem fielmente à realidade dos fatos, estando ciente de que a prestação de informações falsas, incompletas ou desatualizadas poderá ensejar a adoção das medidas administrativas, civis e penais cabíveis, além de eventual revisão do cumprimento da decisão judicial.

10. REQUERIMENTO

Diante do exposto, requer-se ao Ministério da Saúde a adoção das providências administrativas necessárias para o cumprimento da decisão judicial quanto à realização do procedimento em saúde, enquanto mantida a indicação médica e a obrigação judicial.

Local e data: _____

Nome do requerente: _____

Assinatura: _____

CPF: _____