|  |  |
| --- | --- |
| **ASSUNTO(S):** | **DESTINATÁRIOS:** |
| **1) Requisição de informações sobre o fornecimento de {{PROCEDIMENTO}}**  **(bem como todos os serviços de saúde diretamente relacionados que se fizerem necessários, tais como o fornecimento de exames, medicamentos, insumos, órteses, próteses, materiais, acolhimento, internação, hospedagem, acompanhamento e assistência multidisciplinar, inclusive mediante inserção da solicitação desses serviços no respectivo Sistema de Regulação)** | **1) COMISSÃO ESPECIAL PERMANENTE DA CÂMARA DISTRITAL DE MEDIAÇÃO EM SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES/AJL/CEP-CAMEDIS)**;  **2)** |
| **2) Requisição de informações sobre o fornecimento de {{PROCEDIMENTO}}**  **(bem como todos os serviços de saúde diretamente relacionados que se fizerem necessários, tais como o fornecimento de exames, medicamentos, insumos, órteses, próteses, materiais, acolhimento, internação, hospedagem, acompanhamento e assistência multidisciplinar, inclusive mediante inserção da solicitação desses serviços no respectivo Sistema de Regulação)** | **1) COMISSÃO ESPECIAL PERMANENTE DA CÂMARA DISTRITAL DE MEDIAÇÃO EM SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES/AJL/CEP-CAMEDIS)**;  **2)** |
| **PRAZO PARA RESPOSTA: \_\_ dias úteis (último dia do prazo: \_\_/\_\_\_/2025)** | |

**PREZADO(A) SENHOR(A),**

Cumprimentando-o(a) cordialmente, a **DEFENSORIA PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL**, instituição essencial à Justiça, com fulcro nas disposições do art. 134, da Constituição Brasileira; do art. 114, da Lei Orgânica do DF; do art. 4º, incs. I, II, X e XI da Lei Complementar Federal nº 80/1994 e do art. 2º, da Lei Complementar Distrital nº 828/2010, **requisita as informações a seguir descritas, pertinentes à pessoa interessada abaixo qualificada**, ao tempo em que antecipadamente agradece a sua colaboração.

|  |
| --- |
| **I. QUALIFICAÇÃO DA PESSOA INTERESSADA:** |

**{{PACIENTE}}** (nascido/a no dia {{NASCIMENTO}}- {{IDADE}} anos de idade); nacionalidade: {{NACIONALIDADE}}; estado civil:\_; profissão: \_; filiação: filho/a de {{MAE}} e de \_; titular do CPF n. \_ e do Documento de Identidade n. \_ SSP-DF; **representado/a por sua/seu genitora/genitor, Nome**, titular do CPF n. \_ e do Documento de Identidade n. \_ SSP-DF; podendo receber comunicações dirigidas ao(s) telefone(s): {{TELEFONE}} e (61) \_; ao e-mail: {{EMAIL}}; ou ao endereço: Quadra \_, Conjunto \_, Casa \_, Setor \_, Cidade/DF; CEP: {{CEP}}.

|  |
| --- |
| **II. MOTIVOS DESTA REQUISIÇÃO:** |

**II.1.** A pessoa interessada acima qualificadaconstituiu os serviços de assistência jurídica desta **DEFENSORIA PÚBLICA** objetivando obter, junto à Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF), os cuidados de saúde adiante especificados, tendo em vista que ela e seus familiares não possuem condições financeiras de arcar com o custo do tratamento de saúde na rede privada e dependem do serviço de saúde pública oferecido pelo SUS para obtenção das medidas necessárias à recuperação de sua saúde.

**II.2.** De acordo com a documentação anexa, a pessoa interessada necessita, para a proteção e recuperação de sua saúde, dos cuidados de saúde a seguir especificados:

|  |  |
| --- | --- |
| **PROCEDIMENTOS DE SAÚDE INDICADOS:** | **INFORMAÇÕES RELEVANTES:** |
| **1) FORNECIMENTO DE <IDENTIFIQUE AQUI O NOME DO PROCEDIMENTO DE SAÚDE QUANDO PREVISTO NO SISREG>** | **. DIAGNÓSTICO: *“{{DIAGNOSTICO\_INICIAL}}”***  **. CONDIÇÕES CLÍNICAS MENCIONADAS NO SISREG**: ***“<Este campo deverá ser preenchido com informações extraídas do diagnóstico e do quadro clínico registrado no SISREG. Mantenha a formatação do texto>”****.*  **. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO PROCEDIMENTO**: **{{RISCO}}**  **. MÉDICO(A) E UNIDADE SOLICITANTE**: **Dr. {{MEDICO}} (CRM/DF {{CRM}}), em atuação no {{HOSPITAL}}.**  **. CENTRAL REGULADORA DO PROCEDIMENTO**: {{CENTRAL}}  **. UNIDADE DE PREFERÊNCIA/DESEJADA/EXECUTANTE**: **{{UNIDADE}}**  **. DATA DO REGISTRO DA SOLICITAÇÃO DO PROCEDIMENTO NO SISREG**: {{DATA\_SOLICITACAO}}**.**  **. SITUAÇÃO ATUAL DA SOLICITAÇÃO**: **{{SITUACAO\_ATUAL}}**.  **. DATA DA INDICAÇÃO CLÍNICA DO PROCEDIMENTO (cf. relatório ou laudo anexo): XX/XX/XXXX.**  **. TEMPO DE ESPERA INFORMADO: De acordo com a pessoa atendida, a necessidade de obtenção da providência existe desde XX/XX/XXXX.** |
| **1) FORNECIMENTO DE <IDENTIFIQUE AQUI O NOME DO PROCEDIMENTO DE SAÚDE QUANDO NÃO PREVISTO NO SISREG>** | **. NÃO REGULADO NO SISREG.**  **. DIAGNÓSTICO: *“{{DIAGNOSTICO\_INICIAL}}”*.**  **. MÉDICO(A) / UNIDADE SOLICITANTE**: **Dr. {{MEDICO}} (CRM/DF {{CRM}}), em atuação no {{HOSPITAL}}.**  **. DATA DA INDICAÇÃO CLÍNICA DO PROCEDIMENTO** (cf. relatório ou laudo anexo): {{DATA\_SOLICITACAO}}  **. TEMPO DE ESPERA INFORMADO: De acordo com a pessoa atendida, a necessidade de obtenção da providência existe desde XX/XX/XXXX.** |
| **1) FORNECIMENTO DE <IDENTIFIQUE AQUI O NOME DO INSUMO/ ÓRTESE/ PRÓTESE/ MATERIAL/ EQUIPAMENTO SOLICITADO>** | **. NÃO REGULADO NO SISREG.**  **. DIAGNÓSTICO: *“{{DIAGNOSTICO\_INICIAL}}”*.**  **. MÉDICO(A) / UNIDADE SOLICITANTE**: **Dr. {{MEDICO}} (CRM/DF {{CRM}}), em atuação no {{HOSPITAL}}.**  **. DATA DA SOLICITAÇÃO**: {{DATA\_SOLICITACAO}} (cf. prescrição, relatório ou laudo anexo): **XX/XX/XXXX**  **. TEMPO DE ESPERA INFORMADO: De acordo com a pessoa atendida, a necessidade de obtenção da providência existe desde XX/XX/XXXX.** |

|  |
| --- |
| **III. INFORMAÇÕES REQUISITADAS:** |

**III.1.** Diante das informações anteriormente expostas, com fundamento no art. 89, inc. X, da Lei Complementar n. 80/1994, e no art. 54, inc. I, da Lei Complementar Distrital n. 828/2010, esta **DEFENSORIA PÚBLICA** requisita as seguintes informações e esclarecimentos, a serem prestados no prazo fixado:

**(1)** É possível promover o atendimento imediato ou o agendamento de dia, hora e local para o atendimento da(s) providência(s) mencionada(s) acima? Na hipótese afirmativa, requisita-se que a data, o local e o horário de atendimento sejam informados diretamente à pessoa ora requerente (ou seu/sua representante), conforme disposto na Primeira Diretriz, § 11, e na Sexta Diretriz, §6º, da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, instituída pela Resolução n. 553/2017, aprovada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e homologada pelo Ministério da Saúde (disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso553.pdf>). Caso não seja possível o atendimento imediato ou o agendamento, requisita-se a prestação de informações sobre as razões da impossibilidade.

**(2)** Quais são as dificuldades que impedem o acesso imediato a essa(s) providência(s)? (ex. insuficiência de medicamentos e insumos, de equipamentos ou de prestadores).

**(3)** A(s) providência(s) mencionada(s) acima estão incorporadas ao SUS e são padronizadas pela Secretaria de Saúde do DF? Na hipótese negativa, há alguma alternativa terapêutica incorporada e padronizada pela SES/DF prevista para o tratamento da enfermidade e que esteja efetivamente disponível no momento? Qual(is)?

**(4)** Existem providência(s) prescrita(s) que deveria(m) ter sido inserida(s) no Sistema de Regulação da SES/DF e isso ainda não ocorreu? Na hipótese afirmativa, requisita-se a inserção da solicitação no Sistema utilizado. Na hipótese negativa, requisita-se sejam informadas as razões que a impossibilitam, as possíveis pendências, bem como todas as medidas a serem adotadas para que essas pendências sejam sanadas e para que a inserção da solicitação no Sistema de Regulação seja feita regularmente.

**(5)** É possível informar quantas pessoas atualmente aguardam o acesso a essa(s) mesma(s) providência(s)? Caso existam múltiplas filas de espera, agrupadas de acordo com a classificação de risco/prioridade (risco vermelho/emergência, amarelo/urgente, verde/não urgente, azul/ eletivo etc.), quantas pessoas aguardam em cada uma das filas de espera?

**(6)** Qual a posição ocupada pelo(a) paciente na fila de espera para essa(s) mesma(s) providência(s), de acordo com a sua classificação de risco/prioridade? Qual o prazo estimado para atendimento da(s) providência(s)?

**(7)** Em relação a essa(s) providência(s), em que dia foi inserida a última solicitação convocada/atendida com a mesma classificação de risco/prioridade? Caso existam múltiplas filas de espera, agrupadas de acordo com a classificação de risco/prioridade*,* em que dia foi inserida no Sistema a última solicitação efetivamente convocada/atendida em cada uma das categorias de classificação de risco/prioridade?

**(8)** Em relação a essa(s) providência(s), quantas solicitações foram efetivamente convocadas/atendidas com a mesma classificação de risco/prioridade, nos últimos 30 (trinta) dias? Caso existam múltiplas filas de espera, agrupadas de acordo com a classificação de risco/prioridade, quantas solicitações foram efetivamente convocadas/atendidas, em cada uma das categorias de classificação de risco/prioridade, nos últimos 30 (trinta) dias?

**(9)** Após análise dos documentos anexados ao presente requerimento, é possível vislumbrar a possibilidade concreta de alteração da classificação de risco junto ao Sistema de Regulação, para que o seu caso possa ser priorizado? Na hipótese afirmativa, requisita-se a inserção no respectivo Sistema, da solicitação de revisão de classificação de risco, acompanhada da justificativa pertinente. Caso não seja adequada a reclassificação de risco, pede-se que sejam apresentadas as justificativas, acompanhadas dos critérios clínicos e técnicos utilizados para realizar a classificação de solicitações similares. Caso não seja possível a inserção dessa solicitação, requisita-se sejam informadas as razões para a alteração da classificação de risco e as providências a serem adotadas para que essa alteração aconteça.

|  |
| --- |
| **IV. REFERENCIAL JURÍDICO:** |

**IV.1.** O art. 89, inc. X, da Lei Complementar n. 80/1994, dispõe que “é prerrogativa dos membros da Defensoria Pública do Distrito Federal requisitar de autoridade pública ou de seus agentes exames, certidões, perícias, vistorias, diligências, processos, documentos, informações, esclarecimentos e providências necessárias ao exercício de suas atribuições”.

**IV.2.** O art. 54, inc. I, da Lei Complementar Distrital n. 828/2010, assevera que os Defensores Públicos do Distrito Federal, no exercício de seus cargos, podem: “requisitar a órgãos e entidades da Administração Pública direta e indireta, expedição ou remessa, no prazo que fixarem, de certidões, atestados e demais documentos que contenham dados, esclarecimentos ou informações públicas, ou particulares de acesso público”, bem como “a realização de perícias, inclusive vistorias, avaliações e exames, e demais diligências que forem necessárias à defesa dos interesses que lhes cabe patrocinar”.

**IV.3.** Nos termos do art. 54, prg. único, da Lei Complementar Distrital n. 828/2010, os servidores públicos que não responderem as requisições de informações e esclarecimentos apresentadas pela Defensoria Pública do DF, no prazo fixado, estarão sujeitos à punição disciplinar. Ressalta-se que os casos de descumprimento de prazo, sem a devida justificativa, para atender as determinações exaradas pelos Órgãos de Controle/Judiciais poderão representados junto ao Controlador Setorial da Saúde, para apuração e, se for o caso, responsabilização do agente, em observância ao inciso IV do artigo 5º da Portaria nº 471, de 29 de junho de 2020, publicada no DODF nº 123, de 02 de julho de 2020.

|  |
| --- |
| **V. DADOS COMPLEMENTARES:** |

**V.1.** Certa de contar com a sua atenção, a **DEFENSORIA PÚBLICA** agradece antecipadamente a sua colaboração e aproveita o ensejo para, cordialmente, manifestar protestos de elevado respeito e consideração.

**V.2.** A resposta à presente requisição de informações deverá ser enviada a este Núcleo de Assistência Jurídica, via SEI, no prazo acima mencionado. Caso não seja possível o atendimento no prazo designado, pede-se que sejam informados os respectivos motivos.

**V.3.** Caso esta requisição de informações tenha sido encaminhada a órgão administrativo sem competência para prover as respostas necessárias, pede-se que este requerimento seja encaminhado, via SEI, diretamente à autoridade competente, como preconiza a Lei Distrital n. 2.834/2001 c/c o art. 2º, XII, da Lei Federal n. 9.784/1999, com os esclarecimentos necessários, para que se possa realizar o ajuste do fluxo de comunicações com esse Setor e evitar encaminhamentos inadequados.

**V.4.** Para quaisquer esclarecimentos adicionais, a **DEFENSORIA PÚBLICA** coloca-se à disposição.

**V.5.** Por fim, certifica-se que o presente atendimento jurídico foi realizado no **dia XX/XX/XXXX**, na sede do Núcleo de Atendimento Jurídico de Defesa da Saúde, e contou com a colaboração do(a) servidor(a)/ estagiário(a)/ voluntário(a) **Nome Completo**, matrícula **XXXX**.

Assinatura do(a) requerente ou representante:

**DIGITE AQUI O NOME DO(A) REQUERENTE/REPRESENTANTE**

Assinatura do(a) Defensor(a) Público(a):

**DIGITE AQUI O NOME DO(A) DEFENSOR(A) PÚBLICO(A)**

**DEFENSOR(A) PÚBLICO(A) DO DISTRITO FEDERAL**