

FEVEREIRO
2020

Perícia Médica

Formulário de Avaliação

PTOSE
PALPEBRAL

GOVERNADOR DO ESTADO
RUI COSTA DOS SANTOS

SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO
EDELVINO DA SILVA GÔES FILHO

REALIZAÇÃO

COORDENADOR GERAL
MARIA DO SOCORRO DA COSTA BRITTO

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PROJETOS DE SAÚDE

COORDENAÇÃO

MARIA BEATRIZ FAUZE

EQUIPE EXECUTORA

FÁBIO NUNES OLIVEIRA
MÉDICO

COLABORAÇÃO

LÍDICE CONCEIÇÃO ARAÚJO

FLUXO DA PERÍCIA MÉDICA

1. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA AVALIAÇÃO PERICIAL

- a. Solicitação médica indicando a finalidade do ato cirúrgico;
- b. Cópia do exame de campo visual periférico de ambos os olhos.

2. AVALIAÇÃO PERICIAL

O beneficiário (a) será avaliado pelo Médico Perito do PLANSESV que realizará avaliação clínica de acordo com os critérios estabelecidos em formulário específico, contido no ANEXO I; O Médico Perito deverá verificar procedimento ao qual foi solicitado perícia e realizar perícia dirigida ao objetivo solicitado;

Caso o (a) beneficiário (a) não preencha os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico de Ptose Palpebral do PLANSESV, gerando uma negativa para autorização do procedimento, uma nova avaliação pericial só poderá ser marcada, após 06 meses.

2.1 CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO

- a. Ptose palpebral uni ou bilateral de etiologia congênita;
- b. Ptose palpebral uni ou bilateral decorrente de traumatismo na região dos supercílios, pálpebras e adjacências aos cantos internos e externos, produzindo deformidades, cicatrizes e perda da função palpebral;
- c. Patologias neurológicas onde esteja ainda preservado o reflexo de Bell em um ou ambos os olhos;
- d. Ptoses palpebrais involucionais, onde haja queda palpebral que ultrapasse o limbo superior, invadindo próximo área pupilar, inversão parcial dos cílios superiores produzindo contato com córnea ou conjuntiva de um ou ambos os olhos;
- e. Ptoses palpebrais involucionais com prejuízo documentado do campo visual periférico de um ou ambos os olhos.

3. VALIDAÇÃO

Após a análise pericial o relatório será validado pela comissão técnica autorizadora do PLANSESV.

4. RETORNO DO BENEFICIÁRIO

O beneficiário (a) apto (a) a realizar o procedimento cirúrgico, após avaliação pericial e validação pela comissão técnica autorizadora do PLANSERV, deverá retornar ao médico assistente para avaliação pré-operatória, quando então será lançada autorização da GAI – Guia de Autorização de Internação para a unidade de saúde referenciada.

5. MARCAÇÃO DA CIRURGIA

Após a emissão da autorização de procedimento pelo PLANSERV o beneficiário confirmará a data da realização da cirurgia junto à unidade de saúde onde será realizado o procedimento.

ANEXO I - AVALIAÇÃO DA PERÍCIA MÉDICA – PLANSERV

AVALIAÇÃO PERICIAL CLÍNICA

I. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:	
Cadastro:	Data de Nascimento:
Idade:	Telefone para contato:

II. HMA

HMA:

III. EXAME PERICIAL:

- a. Ptose palpebral uni ou bilateral de etiologia congênita;
- b. Ptose palpebral uni ou bilateral decorrente de traumatismo na região dos supercílios, pálpebras e adjacências aos cantos internos e externos, produzindo deformidades, cicatrizes e perda da função palpebral;
- c. Patologias neurológicas onde esteja ainda preservado o reflexo de Bell em um ou ambos os olhos;
- d. Ptoses palpebrais involucionais, onde haja queda palpebral que ultrapasse o limbo superior, invadindo próximo área pupilar, inversão parcial dos cílios superiores produzindo contato com córnea ou conjuntiva de um ou ambos os olhos;
- e. Ptoses palpebrais involucionais com prejuízo documentado do campo visual periférico de um ou ambos os olhos.

--	--

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO O Médico Perito é favorável à realização da correção cirúrgica de Ptose Palpebral Unilateral? 85.01.310-7 / 85.01.310-8 / 85.01.310-9	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

O Médico Perito é favorável à realização da correção cirúrgica de Ptose Palpebral Bilateral? 85.01.390-7 / 85.01.390-8 / 85.01.390-9	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

Observações complementares:

Data: ____/____/____	Nome/CRM do Médico Perito Responsável:
-----------------------------	----------------------------------------

TERMO DE DECLARAÇÃO E ACEITAÇÃO

Eu, _____,
RG _____, CPF _____ declaro
que aceito ser submetido à perícia médica, junto ao PLANSESV, a fim de ser
verificada a compatibilidade do meu quadro clínico aos critérios técnicos de
autorização estabelecidos pelo órgão para a realização do procedimento cirúrgico
de _____.

Salvador, _____ de _____ de _____

Assinatura do Beneficiário