

AGOSTO
2018

Perícia Médica

Formulário de Avaliação

GENÉRICO

GOVERNADOR DO ESTADO
RUI COSTA DOS SANTOS

SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO
EDELVINO DA SILVA GÓES FILHO

REALIZAÇÃO

COORDENADOR GERAL
CRISTINA TEIXEIRA SILVA OLINDA CARDOSO

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PROJETOS DE SAÚDE
COORDENAÇÃO
REYNALDO ROCHA DO NASCIMENTO JÚNIOR
MARIA BEATRIZ FAUAZE

COORDENAÇÃO MÉDICA
LÍVIA NERY FRANCO GUERREIRO COSTA
JAQUELINE FIGUEREDO MENEZES

COLABORAÇÃO
CARLA FARIAS CIRÍACO
LÍDICE CONCEIÇÃO ARAÚJO
RITTA DE CASSIA DA SILVA FERREIRA SANTOS

FLUXO DA PERÍCIA MÉDICA

1. MARCAÇÃO DA PERÍCIA

Documentação necessária:

- a. Solicitação Médica;
- b. Demais exames realizados a pedido do médico assistente;

2. AVALIAÇÃO PERICIAL

O beneficiário será avaliado pelo Médico Perito do Planserv 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 pelos Protocolos Clínicos do PLANSERV, gerando uma negativa para autorização do procedimento, uma nova avaliação pericial só poderá ser marcada, após 06 meses.

3. VALIDAÇÃO

Após a análise pericial o relatório será validado pela Comissão Técnica Autorizadora do Planserv;

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.

TERMO DE DECLARAÇÃO E ACEITAÇÃO

Eu,

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