

# PEDIDO MÉDICO

AO(À) EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA \_\_\_\_ VARA CÍVEL / VARA PREVIDENCIÁRIA DE \_\_\_\_\_

REQUERENTE: \_\_\_\_\_

NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDADE (RG): \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

ENDEREÇO COMPLETO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO CONSULTÓRIO/HOSPITAL: \_\_\_\_\_

TELEFONE DO CONSULTÓRIO/HOSPITAL: \_\_\_\_\_

## I – DOS FATOS

O(a) paciente supracitado(a), encontra-se em situação de saúde que requer a realização dos procedimentos médicos e/ou fornecimento de medicamentos relacionados abaixo, conforme avaliação clínica detalhada e fundamentada, para garantir o seu tratamento adequado, prevenir agravamentos e preservar sua qualidade de vida.

## II – DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS SOLICITADOS

### 1. Procedimento(s) / exame(s):

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

### 2. Medicamento(s):

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

### 3. Justificativa clínica detalhada para a solicitação dos procedimentos e/ou medicamentos:

---

---

---

---

---

### III – BASE LEGAL

O pedido médico fundamenta-se nos princípios constitucionais da saúde e dignidade da pessoa humana, previstos nos artigos 6º e 196 da Constituição Federal, além da Lei nº 8.080/90 que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), e demais legislações vigentes, assegurando ao requerente o direito ao acesso integral e adequado ao tratamento médico necessário.

### IV – DOS PEDIDOS

**Diante do exposto, requer-se a Vossa Excelência:**

1. A concessão liminar do pedido para que seja autorizado o fornecimento dos procedimentos médicos e/ou medicamentos indicados, a fim de evitar danos irreparáveis à saúde do requerente;
2. A intimação do ente público ou privado responsável pelo custeio para o cumprimento imediato deste pedido, sob pena de multa diária, caso de descumprimento;
3. A confirmação da tutela definitiva para garantir a continuidade do tratamento conforme a prescrição médica;
4. A condenação do requerido ao pagamento de custas e honorários advocatícios, se houver resistência à demanda.

### V – DAS PROVAS

Requer a produção de todas as provas admitidas em direito, especialmente a prova documental (relatórios médicos, exames, receitas), pericial e testemunhal, se necessário.

### VI – DO VALOR DA CAUSA

Dá-se à presente causa o valor de R\$ \_\_\_\_\_ para efeitos legais.

Nestes termos,  
Pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Local

Data

---

Advogado(a)

OAB/\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Fonte original deste documento:

<https://documentos-lex.com/pedido-medico/>

Este modelo foi útil para você?

Confira outros modelos atualizados em:

<https://documentos-lex.com>

Mais modelos

Este modelo é destinado exclusivamente para uso pessoal e não comercial.  
Ao compartilhar ou publicar, a citação da fonte é obrigatória.

Este modelo tem caráter meramente orientativo e não constitui aconselhamento jurídico.  
Recomenda-se consultar um profissional qualificado para casos específicos.