



FRALDAS

(x) Cópia do CARTÃO SUS DE GOIÂNIA;

(x) Cópia dos documentos pessoais do paciente (RG e CPF) – se a abertura do processo for feita por um responsável e não pelo requerente, obrigatório anexar cópia do RG e CPF do responsável;

(x) Cópia do comprovante de endereço (Água, Luz ou Telefone Fixo com validade até 90 dias à abertura do processo) – caso o comprovante de endereço esteja no nome do cônjuge, anexar cópia da certidão de casamento;

(x) Comprovante de renda Familiar – Anexar os comprovantes de renda atualizado (contracheque ou declaração de renda) de todo o Grupo Familiar;

(x) Cadastro em programa social de baixa renda Atualizado – Anexar extrato com número de inscrição social (NIS) do grupo familiar no Cadastro Único para Programas Sociais de baixa renda (CRAS, SEMAS ou outro similar – ligar 3524-2635/ 3524-2691).

(x) Receita médica original atualizado em formulário do SUS com consulta regulada em duas vias – contendo o nome do paciente, data da consulta, o peso (kg) do usuário, a quantidade mensal (descrição do número de trocas diárias ou noturnas) e o tamanho (P/M/G/EG);

(x) Relatório médico original atualizado em anexo com consulta regulada – contendo nome do Usuário, data da consulta Atual, diagnóstico com histórico detalhado e CID, quadro clínico atual. (Formulário fornecido pela Secretária Municipal de Saúde).

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Receita e Relatório deverão ser do mesmo profissional, apresentados **SEPARADAMENTE**, devidamente assinados, carimbados e datados;
- **NA AUSÊNCIA DE QUAISQUER DOCUMENTOS, O PROCESSO NÃO SERÁ PROTOCOLADO**
- SUS – Tele Agendamento: 0800-646 1560 ou se for área de abrangência de CSF procurar a Unidade para agendar consulta. **Imprescindível a consulta regulada pela Rede Sistema Único de Saúde.**



**FORMULÁRIO¹ PARA SOLICITAÇÃO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS NA REDE
MUNICIPAL DE GOIÂNIA/GO**

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Nº. Cartão SUS de Goiânia: _____

Data de Nascimento: ____/____/____. Idade: _____ Sexo: _____

Nº RG: _____ Nº CPF: _____

Endereço (completo): _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____ - _____

Telefone (s): _____

2. PATOLOGIAS ASSOCIADAS²:

	F 00 Demência na Doença de Alzheimer
	F 01 Demência Vascular
	F 02.3 Demência na Doença de Parkinson
	F 72 Retardo Mental Grave
	G 80 Paralisia Cerebral
	G 82 Paraplegia e Tetraplegia
	G 83.8 Outras Síndromes Paralíticas Especificadas
	G 93.1 Lesão Encefálica Anóxica, não Especificada como Hemorrágica ou Isquêmica
	I 61 Hemorragia Intracerebral
	I 64 Acidente Vascular Cerebral, não Especificado como Hemorrágico ou Isquêmico

	I 69 Sequelas de Doenças Cerebrovasculares
	Q 05.2 Espinha Bífida Lombar com Hidrocefalia
	Q 05.3 Espinha Bífida Sacra com Hidrocefalia
	R 19.4 Alteração do Hábito Intestinal
	R 39 Outros Sintomas e Sinais Relativos ao Aparelho Urinário
	T 83 Complicações de Dispositivos Protéticos, Implantes e Enxertos Geniturinários Internos
	T 90 Sequela de Traumatismos da Cabeça
	T 90.5 Sequela de Traumatismo Intracraniano
	T 91 Sequela de Traumatismos do Pescoço e do Tronco
	T91.1 Sequela de Fratura de Coluna Vertebral

¹ Apêndice B - Documento integrante da Nota Técnica Nº 0001/2017, de 24 de agosto de 2017.

² É obrigatório assinalar o CID -10 da patologia (**Patologias associadas**).



Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde
Diretoria de Apoio Logístico e Assistencial
Gerência de Bens Não Padronizados

Incapacidade Funcional Permanente: ()Há dois (02) anos. ()Superior a dois anos.

Peso (kg) do paciente	Tamanho da fralda	Nº de trocas diárias/uso noturno	Quantitativo para uso em 30 dias ⁴
_____	() Pequeno	() Duas vezes	() 60 unidades
	() Médio	() Três vezes	() 90 unidades
	() Grande	() Quatro vezes	() 120 unidades
	() Extra-Grande		

[illegible]

Carimbo e Assinatura do Médico Prescritor Responsável

Nome da Unidade:

Carimbo e Ciência da Unidade

⁵ É necessário descrever o Histórico atualizado com quadro clínico/diagnóstico detalhado, incluindo o CID-10.