PREFEITURA
DE GOIÂNIA

FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO DE PACIENTES – PROCESSOS DE INSUMOS

1. SERVIÇO / ITEM SOLICITADO

☐ Fraldas geriátricas / infantis

☐ Material para curativo

☐ Material para cateterismo

☐ Fórmula nutricional

☐ Medicamento

☐ Outros: _____

2. DADOS DO PACIENTE

Nome completo: _____

Data de nascimento: _____/_____/_____ Sexo: ☐ M ☐ F

Telefone(s): _____

CPF: _____ RG: _____

Cartão SUS de Goiânia: ☐ Sim ☐ Não

Endereço completo: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Está acamado? ☐ Sim ☐ Não

Secretaria Municipal de Saúde - SMS
Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde
Diretoria de Apoio Logístico e Assistencial
Gerência de Bens Não Padronizados
Palácio das Campinas Venerando de Freitas Borges (Paço Municipal)
Av. do Cerrado nº 999 - Bloco D - Park Lozandes - Goiânia - GO CEP 74.884-900
E-mail: gbnp.smsgoiania@gmail.com

Responsável (se houver): _____

Grau de parentesco: _____ Telefone: (___)_____

3. DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA RECADASTRAMENTO

DOCUMENTAÇÃO PESSOAL

☐ Cópia do cartão SUS de Goiânia

☐ Cópia do RG e CPF do paciente

☐ Cópia do RG e CPF do responsável (se houver)

COMPROVANTE DE ENDEREÇO (válido até 90 dias):

☐ Água / Luz / Telefone Fixo

Caso esteja em nome do cônjuge → anexar certidão de casamento

DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA:

☐ Receita original atualizada (até 60 dias)

☐ Relatório médico atualizado (até 60 dias)

Observação: Receita e relatório devem ser emitidos pelo mesmo profissional, assinados, datados e carimbados.

DESCRIÇÃO DO ITEM SOLICITADO

Item / quantidade mensal:

_____

_____

_____

_____

Previsão de tempo de uso: _____

CID: _____

Diagnóstico / Histórico clínico resumido:

_____

_____

_____

_____

_____

DECLARAÇÕES:

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras e que apresento os documentos necessários para análise do processo.

_____

Assinatura do paciente / responsável

Local e Data: ___/___/_____