



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): _____

Email: _____

CPF: _____ RG: _____

Cartão SUS de Goiânia: Sim Não

Endereço completo: _____

Bairro: _____ CEP: _____

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: gbyn.smsgoiania@gmail.com



PREFEITURA DE GOIÂNIA

Está acamado? Sim Não

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.

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: gbyn.smsgoiania@gmail.com



PREFEITURA DE GOIÂNIA

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: ____/____/_____

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: gbyn.smsgoiania@gmail.com