



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 comprovantes de renda (contracheque ou declaração de renda) de todo o **Grupo Familiar**;

(x) **Cadastro em programa social de baixa renda** – Anexar extrato com número de inscrição (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 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 do 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**).

