



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ

ESTADO DO PARANÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## Formulário para Solicitação de Fraldas

**Estabelecimento de Saúde:**

**CNES:**

**Médico:**

**CRM:**

**Paciente:**

**CPF/CNS:**

**Endereço:**

**Diagnóstico (CID):**     R15 - Incontinência Fecal     R32 - Incontinência Urinária

**Patologia Associada (CID):**

**Descrição da Patologia (opcional):**

:

**Tipo de Fralda:**     Pediátrica     Geriátrica

**Tamanho:**     P     M     G     EG     EEG

**Quantidade necessária:** \_\_\_\_\_ fraldas/dia

Maringá,

É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER VALOR POR ATENDIMENTOS REALIZADOS  
PELO SUS. PARA RECLAMAÇÕES, LIGUE - 156 - OUVIDORIA MUNICIPAL.