



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR



1ª via SAD

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Eu(_____ paciente _____ ou _____ responsável),
_____, CPF _____,
_____, residente no endereço **(COLOCAR ENDEREÇO ONDE O
PACIENTE FICARÁ INTERNADO)**

_____, com o telefone de contato, _____,
nascido (a) em _____, autorizo visitas domiciliares e execução de
procedimentos da equipe do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) da Secretaria Municipal
de Saúde de Maringá. **Declaro ter sido previamente informado pelo Setor Solicitante
sobre o serviço a ser prestado e seus objetivos.** Ainda, estou ciente de que para
remoção do(a) paciente da residência ou intercorrências de saúde devo entrar em contato
com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para retornar a origem, bem
como estou informado que devo permanecer no domicílio declarado pelo tempo da
internação domiciliar, incorrendo sobre o descumprimento deste compromisso o retorno
ao serviço de origem, também para retirada de equipamentos e materiais médico-
hospitalares que não forem ofertados pelo SAD devo buscar a Unidade Básica de Saúde
de Referência. Assim, comprometo-me a seguir as orientações pela equipe
multiprofissional.

SAMU 192

SAD-HOSPITAL MUNICIPAL 3221-4908/3221-4854

Maringá, _____, de _____, de _____.

Assinatura



2ª via SAD – DO PACIENTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Eu(_____ paciente _____ ou _____ responsável),
_____, CPF _____,
_____, residente no endereço **(COLOCAR ENDEREÇO ONDE O
PACIENTE FICARÁ INTERNADO)**

_____, com o telefone de contato, _____,
nascido (a) em _____, autorizo visitas domiciliares e execução de
procedimentos da equipe do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) da Secretaria Municipal
de Saúde de Maringá. **Declaro ter sido previamente informado pelo Setor Solicitante
sobre o serviço a ser prestado e seus objetivos.** Ainda, estou ciente de que para
remoção do(a) paciente da residência ou intercorrências de saúde devo entrar em contato
com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para retornar a origem, bem
como estou informado que devo permanecer no domicílio declarado pelo tempo da
internação domiciliar, incorrendo sobre o descumprimento deste compromisso o retorno
ao serviço de origem, também para retirada de equipamentos e materiais médico-
hospitalares que não forem ofertados pelo SAD devo buscar a Unidade Básica de Saúde
de Referência. Assim, comprometo-me a seguir as orientações pela equipe
multiprofissional.

SAMU 192

SAD-HOSPITAL MUNICIPAL 3221-4908/3221-4854

Maringá, _____, de _____, de _____.

Assinatura



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR



**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO
DOMICILIAR – SAD**

**DADOS DO(A) PACIENTE: PREENCHIMENTO COMPLETO
OBRIGATORIO**

| | | |
|---|------------------------------------|--------------------|
| Nome: | | CPF: |
| Idade: | Data de nascimento: / / | Gestor: |
| Cuidador responsável: | | Parentesco: |
| Endereço: | | Nº: |
| Bairro: | Complemento: | |
| Telefone 1: | Telefone 2: | CEP: |
| Unidade Básica de Saúde de Referência: | | |
| CNS: | NATURAL: | |
| NOME DA MÃE: | | |
| NOME DO PAI: | | |

DADOS CLÍNICOS:

| | |
|--|---------------|
| Diagnóstico: | CID10: |
| Antibioticoterapia Endovenosa: _____ | |
| A partir de qual dose o Sad iniciara o atendimento e quantos dias? _____ | |
| O paciente necessita de Isolamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____ | |
| O paciente possui SVD? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| O paciente possui SNE ou gastrostomia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| O paciente possui Curativos ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Local: _____ | |
| Foi prescrito o que? _____ | |
| O paciente possui traqueostomia ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Observações _____ | |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | |

ESPECIFICAÇÃO

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Infecção Urinária |
| <input type="checkbox"/> | Infecção de pele e partes moles |
| <input type="checkbox"/> | Pneumonia |
| <input type="checkbox"/> | Úlceras infectadas |
| <input type="checkbox"/> | Covid-19 |
| <input type="checkbox"/> | Outros - Quais? |

DADOS DO(A) PROFISSIONAL SOLICITANTE:

| | |
|--|-------------------------------|
| Nome: | Registro profissional: |
| Unidade Origem: | |
| <div style="text-align: center;"> <hr/> Assinatura e carimbo </div> | |

| | | |
|------------------------|--|--|
| PARECER DO SAD: | Deferido <input type="checkbox"/> | Indeferido <input type="checkbox"/> |
|------------------------|--|--|

ATENÇÃO: PARA ADMISSÃO NO SAD O PACIENTE PRECISA TER UM CUIDADOR OU PESSOA RESPONSÁVEL PARA ACOMPANHAR O INTERNAMENTO NO DOMICÍLIO. **PACIENTES SEM ACOMPANHANTES NÃO SERÃO ADMITIDOS.**