



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.