



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria Municipal de Saúde

ABERTURA DE PROCESSO DE FRALDA DESCARTÁVEL

Todos os campos são obrigatórios. Anexar cópia do comprovante de residência e documentos pessoais e o laudo médico.

Nome completo e legível do paciente:

Endereço de moradia

Rua/Av.:

Nº: s/nº

Bairro:

CEP:

Complemento:

DN:

CARTÃO SUS:

Microárea/Família:

Telefone (s) atualizado (s): ()

/ ()

Decisão Judicial? (x) NÃO () SIM -> Processo nº:

Fralda prescrita	Tamanho	Quantidade diária	Quantidade mensal (30 dias)	CID do laudo	Unidade de Saúde
() Infantil () Adulto/Geriátrica					UESF TERRA VERMELHA

***** O LAUDO MÉDICO DEVE SER ATUALIZADO A CADA 06 MESES *****

Se houver alteração de tamanho e quantidade, preencher novo formulário e enviar ao almoxarifado e DPE por e-mail.

VENCIMENTO DO LAUDO: / /

Considerando o laudo médico anexo;

Considerando o comprovante de endereço anexo;

Considerando os documentos pessoais anexos;

Considerando a avaliação profissional da necessidade do paciente;

Considerando comprovante de renda e inscrição no CADUNICO anexos

ABRO processo para liberação mensal de fraldas descartáveis conforme tabela acima.

_____, em ____/____/____.

Carimbo e assinatura do profissional (US)

ENVIAR AO DPE PARA AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO - Preenchimento exclusivo pelo DPE ▴

Recebido em: ____/____/____ por _____.

() NÃO autorizado. Motivo: _____

() Autorizado

Vila Velha, ____/____/____, _____

Carimbo e Assinatura (DPE)