

Anexo IV

**FORMULÁRIO PARA INGRESSO NO CADASTRO PARA RECEBIMENTO DE FRALDAS**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: ..... Idade: .....

SIS N.º: ..... DT. NASC.: ...../...../..... Sexo: .....

Endereço: .....

PATOLOGIA:

DESCRIÇÃO: .....

CID: .....

PRESCRIÇÃO:

Fralda geriátrica:  P  M  G  XG

Fralda infantil:  P  M  G  XG

Quantidade:  1/dia  2/dia  3/dia  4/dia

OBS: .....

.....

DADOS DO REQUISITANTE:

Nome do Responsável: .....

CPF: ..... Grau de Parentesco ou Cuidador: .....

Telefones para Contato: .....

ASS. RESPONS.: \_\_\_\_\_

PREENCHIDO POR:

Nome do Funcionário: ..... Tel: .....

UBS: ..... Data: ...../...../.....