

**ANEXO V**

**RECEITUÁRIO DE SOLICITAÇÃO**

Atesto para os devidos fins que o (a) \_\_\_\_\_ é portador da patologia (CID) \_\_\_\_\_ e da incontidência (CID) \_\_\_\_\_, tendo a necessidade de utilização de fraldas descartáveis, conforme segue abaixo:

Fralda Infantil

**TAMANHO:**

G       EG       EXG       JUVENIL

**TROCAS POR DIA:**

1 X       2 X       3 X

\_\_\_\_\_  
Carimbo da Unidade de Saúde

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura

Sorocaba, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_