

**ANEXO V**

**RECEITUÁRIO DE SOLICITAÇÃO**

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

Fralda Geriátrica

Fralda Infantil

**TAMANHO:**

P

M

G

GG

XXG

**TROCAS POR DIA:**

1 X

2 X

3 X

---

Carimbo da Unidade de Saúde

---

Carimbo e assinatura

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