ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
CÂMARA MUNICIPAL DO RIO GRANDE

INDICAÇÃO 819 /2022
PROTOCOLADO SOB N° 6690 /2022
EM 01/11/2022

			ATA
ACEITO EM	/	2022	
APROVADO EM	/	2022	
REJEITADO EM	/	2022	

O vereador abaixo assinado, após ouvida a casa na forma regimental, solicita a secretaria competente que seja disponibilizado nos postos de saúde, os formulários necessários para a solicitação dos insumos de saúde, tais como, leite, fraldas e outros.

Miguel Degani
Vereador do PATRIOTA

Justificativa: Em Plenário.

VISTO

Presidente

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

LAUDO MÉDICO DE INSUMOS DE SAÚDE/ FRALDAS DESCARTÁVEIS

1. DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente: | Cartão SUS Nº:

Doc. Identidade Nº: | CPF Nº: | Data de nascimento:

Nome da Mãe: | Sexo:

Telefone: | Unidade de Saúde:

Endereço: | CEP:

Bairro: | Município:

Assinatura do Paciente

2. DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: | CPF:

Doc. Identidade Nº: | Telefone: | CEP:

Endereço: | Bairro: | Município:

Assinatura do Responsável

3. DIAGNÓSTICO(S)

CID Principal: | CID Secundário:

4. NECESSIDADE DE QUANTITATIVO DE FRALDAS DIÁRIA E MENSAL

☐ 2/60 unidades ☐ 3/90 unidades ☐ 4/120 unidades ☐ 5/150 unidades

5. QUANTO AO TAMANHO

Adulto ☐ pequeno (P) ☐ médio (M) ☐ grande (G) ☐ extragrande (GG) ☐ extra-extragrande (XXG)

Infantil ☐ pequeno (P) ☐ médio (M) ☐ grande (G) ☐ extragrande (GG) ☐ extra-extragrande (XXG)

6. ESTABELECIMENTO E MÉDICO

Nome do estabelecimento de saúde solicitante: | Nº de CNES: | Data da solicitação:

Nome do Médico: | CRM:

Carimbo e assinatura do médico solicitante

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO V

Declaração de Incapacidade Financeira (paciente ou responsável)

Paciente: _____, _____,
Nome Nacionalidade

_____, _____, _____, _____
Profissão Estado Civil RG CPF

residente e domiciliado a _____

Responsável: ( ) não se aplica

( ) _____, _____,
Nome Nacionalidade

_____, _____, _____, _____
Profissão Estado Civil RG CPF

residente e domiciliado a _____

Declaro para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas de fraldas que solicito ao Poder Público, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, uma vez que minha renda familiar é inferior a três salários mínimos.

Documentos apresentados:

( ) CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social).

( ) Declaração de imposto de renda de pessoa física ou declaração de isento.

( ) Contracheque.

( ) Benefício do INSS.

( ) Sem comprovante de renda.

_____, _____ de _____ de _____.

(Local e data)

_____

Assinatura do paciente ou responsável

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO IV

LISTAGEM DO CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID

C57.8 - Lesão invasiva dos órgãos genitais femininos.	I63.0 - Infarto cerebral devido a trombose de artérias pré-cerebrais.
C63.8 - Lesão invasiva dos órgãos genitais masculinos.	I63.1 - Infarto cerebral devido a embolia de artérias pré-cerebrais.
C67.8 - Lesão invasiva da bexiga.	I63.2 - Infarto cerebral devido a oclusão ou estenose não especificada de artérias pré-cerebrais.
E84.1 - Fibrose cística com manifestações intestinais.	I63.3 - Infarto cerebral devido a trombose de artérias cerebrais.
F00 - Demência na doença de Alzheimer.	I63.4 - Infarto cerebral devido a embolia de artérias cerebrais.
F00.1 - Demência na doença de Alzheimer de início tardio.	I67.3 - Lencoencefalopatia vascular progressiva.
F01.0 - Demência vascular de início agudo.	I69.1 - Sequela de hemorragia intracerebral.
F01.1 - Demência por infartos múltiplos.	I69.3 - Sequela de infarto cerebral.
G35 - Esclerose múltipla.	K60 - Fissura e fístula das regiões anal e retal.
G37.0 - Esclerose difusa.	M62.3 - Síndrome de imobilidade (paraplégica)
G37.1 - Desmielinização central do corpo caloso.	N32.1 - Fístula enterro-vesical, não classificada em outra parte.
G37.2 - Mielinólise central da ponte.	N32.2 - Bexiga neuropática flácida, não classificada em outra parte.
G37.3 - Mielite transversa aguda em doenças desmilinizantes do sistema nervoso central.	N36.0 - Fístula uretral.
G45.1 - Síndrome da artéria carotídea.	N82.1 - Outras fístulas do trato geniturinário feminino
G46.1 - Síndrome da artéria cerebral anterior.	N81.3 - Prolapso uterovaginal completo.
G80 - Paralisia cerebral infantil.	N82.0 - Fístula vesicovaginal.
G82 - Paraplegia e tetraplegia.	Q42.3 - Ausência, atresia e estenose congênita do ânus, sem fístula.
G83.4 - Síndrome da cauda equina.	R32 - Incontinência urinária e não especificada.
I60.0 - Hemorragia subaracnóide proveniente do sifão e da bifurcação da carótida.	R15 - Incontinência fecal.
I60.2 - Hemorragia subaracnóide proveniente da artéria comunicante anterior.	R40.2 - Coma não especificado.
I61.0 - Hemorragia intracerebral hemisférica subcortical.	S06.2 - Traumatismos cerebral difuso.
I61.3 - Hemorragia intracerebral do tronco cerebral.	S06.7 - Traumatismo intracraniano com coma prolongado.
I61.6 - Hemorragia intracerebral de múltiplas localizações.	Z22.6 - Portador de infecção pelo vírus T- linfotrópico tipo I (HTLV-1).

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO IV

LISTAGEM DO CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID

C57.8 - Lesão invasiva dos órgãos genitais femininos.	I63.0 - Infarto cerebral devido a trombose de artérias pré-cerebrais.
C63.8 - Lesão invasiva dos órgãos genitais masculinos.	I63.1 - Infarto cerebral devido a embolia de artérias pré-cerebrais.
C67.8 - Lesão invasiva da bexiga.	I63.2 - Infarto cerebral devido a oclusão ou estenose não especificada de artérias pré-cerebrais.
E84.1 - Fibrose cística com manifestações intestinais.	I63.3 - Infarto cerebral devido a trombose de artérias cerebrais.
F00 - Demência na doença de Alzheimer.	I63.4 - Infarto cerebral devido a embolia de artérias cerebrais.
F00.1 - Demência na doença de Alzheimer de início tardio.	I67.3 - Lencoencefalopatia vascular progressiva.
F01.0 - Demência vascular de início agudo.	I69.1 - Sequela de hemorragia intracerebral.
F01.1 - Demência por infartos múltiplos.	I69.3 - Sequela de infarto cerebral.
G35 - Esclerose múltipla.	K60 - Fissura e fístula das regiões anal e retal.
G37.0 - Esclerose difusa.	M62.3 - Síndrome de imobilidade (paraplégica)
G37.1 - Desmielinização central do corpo caloso.	N32.1 - Fístula enterro-vesical, não classificada em outra parte.
G37.2 - Mielinólise central da ponte.	N32.2 - Bexiga neuropática flácida, não classificada em outra parte.
G37.3 - Mielite transversa aguda em doenças desmilinizantes do sistema nervoso central.	N36.0 - Fístula uretral.
G45.1 - Síndrome da artéria carotídea.	N82.1 - Outras fístulas do trato geniturinário feminino
G46.1 - Síndrome da artéria cerebral anterior.	N81.3 - Prolapso uterovaginal completo.
G80 - Paralisia cerebral infantil.	N82.0 - Fístula vesicovaginal.
G82 - Paraplegia e tetraplegia.	Q42.3 - Ausência, atresia e estenose congênita do ânus, sem fístula.
G83.4 - Síndrome da cauda equina.	R32 - Incontinência urinária e não especificada.
I60.0 - Hemorragia subaracnóide proveniente do sifão e da bifurcação da carótida.	R15 - Incontinência fecal. secundário
I60.2 - Hemorragia subaracnóide proveniente da artéria comunicante anterior.	R40.2 - Coma não especificado.
I61.0 - Hemorragia intracerebral hemisférica subcortical.	S06.2 - Traumatismos cerebral difuso.
I61.3 - Hemorragia intracerebral do tronco cerebral.	S06.7 - Traumatismo intracraniano com coma prolongado.
I61.6 - Hemorragia intracerebral de múltiplas localizações.	Z22.6 - Portador de infecção pelo vírus T- linfotrópico tipo I (HTLV-1).

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO GRANDE
SECRETARIA DE SAÚDE
PROGRAMA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
(53) 3237-4205

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA ABERTURA DE PROCESSO ADMINISTRATIVO PARA FÓRMULAS NUTRICIONAIS PELA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

ORIGINAIS:

- LAUDO MÉDICO COM O CID (RECEITUÁRIO MÉDICO)
- RECEITA COM O DESCRITIVO DA FÓRMULA, QUANTIDADE POR DIA E POR MÊS
- LME (EM ANEXO) PREENCHIDO PELO MÉDICO COM A FÓRMULA E QUANTIDADE DA DIETA POR DIA E MÊS, TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIOS
- CADASTRO USUÁRIO (EM ANEXO) E CADASTRO DO RESPONSÁVEL PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

XEROX DO PACIENTE E RESPONSÁVEL:

- RG OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO DE MENOR DE IDADE
- CPF
- CARTÃO SUS
- COMPROVANTE DE ENDEREÇO (ÁGUA, LUZ, TELEFONE)

ATENÇÃO: TODOS OS DOCUMENTOS PREENCHIDOS PELO MÉDICO DEVEM CONSTAR CARIMBO E ASSINATURA, DATA ATUAL E ESTAR SEM RASURAS.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS - LFN

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome completo:		
Sexo: ( ) M ( ) F	Data de nascimento (D.N): ____/___/__	
CPF:	RG:	CNS:
Nome completo da Mãe:		
Responsável:	DN do Responsável:	
CPF:	RG:	CNS:
Endereço: (rua,nº,bairro, município)		
Telefone(s):	UF:	CEP:
E-mail:		
Assinatura do Paciente:	Assinatura do Responsável:	

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

Doença principal:	CID
Outro (s) Diagnóstico (s) :	CID's:

Assinalar o agravo que justifica a indicação da terapia nutricional:

( ) Afagia / Disfagia por alteração mecânica da deglutição ou trânsito digestivo
( ) Afagia / Disfagia por doença neurológica
( ) Transtorno de mobilidade intestinal
( ) Síndrome de má absorção
( ) Desnutrição moderada a grave
( ) Outro:_____

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Peso (kg):_____( )atual ( )estimado Estatura (cm) :_____ ( )atual ( ) estimado IMC:_____

Laudo nutricional: _____

VIA DE ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL

( ) VO ( ) TNE+VO ( )TNE EXCLUSIVA ( ) TNE+TPP

Via de acesso
Sonda: ( ) Nasogástrica ( ) Nasoentérica ( ) Gastrostomia ( )Jejunostomia

Descritivo da fórmula solicitada	Volume e fracionamento/dia	Total / Mês

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do estabelecimento:		CNES:
Nome do profissional:		CRM/CRN
CPF:	CNS:	
Endereço (rua,nº,bairro, município):		
Telefone(s):	UF:	CEP:
E-mail:		

Data:___/___/_____

_____
Assinatura e carimbo (Médico)

_____
Assinatura e Carimbo (Nutricionista)

(casos de *alergia à proteínas do leite de vaca - preencher também o folha 2*)

Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria da Saúde
Coordenação de Política de Assistência Farmacêutica

Processo SPI:	Administrativo	
Folha:	Judicial	

Cadastro de Usuários

CPF | RG | UF | Cartão SUS

Nome do Usuário

Endereço

CEP | Município | UF

Data de Nascimento | Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino | Telefones | Celular

Transplantado
☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado

Data do Transplante | Orgão Transplantado

Dados preenchidos pelo Médico Assistente

CPF do Médico Assistente

Início do tratamento | 1° CID Secundário | Nome do CID

2° CID Secundário | Nome do CID

3° CID Secundário | Nome do CID

Observação

Cadastro de Responsável

Nome do Responsável

CPF | RG | UF | Data de Nascimento

Cartão SUS | Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

Endereço

CEP | País | UF

Município

Telefones | Celular

E-mail

Local | Data | Assinatura do usuário ou representante

NOMENCLATURAS DE FÓRMULAS E COMPLEMENTOS ALIMENTARES - CPAF MAIO/2014

Fórmulas nutricionais infantis para situações especiais

DESCRIÇÃO	EXEMPLOS DE NOMES COMERCIAIS
Fórmula de Aminoácidos para lactentes	Neocate LCP, Aminomed, Alfamino
Fórmula de Aminoácidos para crianças	Neo Advance, Alfamino
Fórmula semi-elementar, hipoalergênica, a base de proteína extensamente hidrolisada	Pregomin Pepti, Alfaré, Alergomed, Enfamil, Pregestimil
Fórmula em pó composta de proteína isolada de soja de 0-6 meses	Nansoy, Aptamil Soja 1, Enfamil, ProSobee Premium, Isomil 1
Fórmula em pó composta de proteína isolada de soja de 6-12 meses	Nansoy, Aptamil Soja 2, Enfamil, ProSobee Premium, Isomil 2
Fórmula infantil para lactentes 0-6 meses	Nan 1, Aptamil 1, Nestogeno 1, Enfamil Premium 1
Fórmula infantil para lactentes 6-12 meses	Nan 2, Aptamil 2, Nestogeno 2, Enfamil Premium 2
Fórmula nutricionalmente completa e balanceada desenvolvida para crianças de 1 a 10 anos de idade, isenta de lactose e glúten	Fortini pó, Pediasure, Nutren Júnior

Fórmulas nutricionais para adolescentes e adultos

DESCRIÇÃO	EXEMPLOS DE NOMES COMERCIAIS
Fórmula líquida enteral/oral, sem sacarose, lactose e glúten, hipercalórica, com densidade de 1,5 cal/ml	Trophic 1.5, Isosource 1.5, Fresubin Energy, Nutrison Energy Plus, Nutri Enteral 1.5
Fórmula líquida enteral/oral, sem sacarose, lactose e glúten, normocalórica, com densidade de 1,0 a 1,2 cal/ml	Trophic Basic, Isosource Soya, Isosource Standart, Isosource HN, Nutri Enteral Soya
Fórmula líquida enteral/oral, sem sacarose, lactose e glúten, normocalórica de 1,0 a 1,2 cal/ml com fibras	Trophic Fiber, Isosource Soya Fiber, Nutri Fiber, Nutri Enreal Soya Fiber, FiberSouce, Nutrison MF, Fresubin Original Fibre
Fórmula a base de soja em pó, sem lactose, sacarose e glúten, isenta de proteínas lácteas	Soymilke omega, Soyos Milk
Fórmula a base de soja em pó, sem lactose e glúten, com sacarose, isenta de proteínas lácteas (com sabor)	Soymilke com sabor, New Milk

Suplementos e complementos nutricionais

DESCRIÇÃO	EXEMPLOS DE NOMES COMERCIAIS
Suplemento ou complemento alimentar líquido sem lactose e glúten, hipercalórico para crianças a partir de 1 ano **(COM SACAROSE)**	Fortini MF líq., Frebini Energy Drink (embalagem entre 125 e 300ml)
Suplemento ou complemento alimentar em pó enriquecido com vitaminas e minerais para crianças **(COM SACAROSE)**	Sustain Jr pó, Sustagem Kids pó
Suplemento alimentar líquido, sem lactose e glúten, hipercalórico com 1.5 cal/ml para adolescentes e adultos **(COM SACAROSE)**	Energyzip, Nutridrink, Nutri Enteral 1.5, Nutren 1.5, Forticare (embalagem com aprox. 200ml)
Suplemento alimentar líquido, hipercalórico com 1.5 cal/ml para adolescentes e adultos **(SEM SACAROSE)** ***Para CID de Fibrose Cística***	Glucerna, Nutri Enteral 1.5, Nutri Fiber 1.5 (embalagem com aprox. 200ml)
Suplemento alimentar líquido, sem lactose e glúten, para adolescentes e adultos **(COM FIBRAS)**	Energyzip Fiber, Fresubin Energy Drink, Nutri Fiber 1.5, Nutridrink MF (embalagem com aprox. 200ml)
Suplemento ou complemento alimentar em pó enriquecido com vitaminas e minerais para adolescentes e adultos **(COM SACAROSE)**	Sustagem, Sustevit, Sustain, Complebyn
Suplemento ou complemento alimentar em pó enriquecido com vitaminas e minerais para adolescentes e adultos **(SEM SACAROSE)**	Sustare, Nutren Active
Módulo de carboidrato com 100% maltodextrina	Maltodyn, Oligossac, Nidex, Nutri Dextrin
Módulo de fibras alimentares para nutrição enteral ou oral	Enterfiber, MF6, Fibermais, Nutri Fibra, Fiber Mix
Espessante alimentar para preparações quentes ou frias	Nutilis, Resource Thicken Up, Nutriclin Espessante

Fórmulas para fenilcetonúricos que NECESSITAM DE LME

Compl. Alim. p/fenilcetonúricos (0-1 ano)	PKU 1
Compl. Alim. p/fenilcetonúricos (1-8 ano)	PKU 2 PRIMA
Compl. Alim. p/fenilcetonúricos (9-14 anos)	PKU 2 SECUNDA