

Documentos para aquisição de FRALDAS do Município de PASSO FUNDO – RS :

(Trazer originais que fazemos xerox.)

PACIENTE:

RG

CPF

Cartão SUS

Comprovante de Residência

Comprovante de Rendimento

RESPONSÁVEL:

RG

CPF

Comprovante de Rendimento

- * A renda avaliada é a soma dos rendimentos brutos entre paciente e responsável (familiar de primeiro grau) e não deve ser superior a 3 salários mínimos conforme **decreto nº 70/22**.
- * O comprovante de rendimento pode ser feito mediante a apresentação de extratos bancários de benefícios INSS, contracheque, carteira de trabalho, declaração de imposto de renda ou isento. Na falta de renda, deve ser feita a apresentação da carteira de trabalho.
- * Em relação às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), aplicam-se os dispositivos descritos no decreto nº 70/22, devendo no caso constar a apresentação do contrato firmado no momento do cadastro, para fins de avaliação.
- * O CID PRINCIPAL deve estar na listagem do **ANEXO III** e **NÃO DEVEM** ser apenas os CID SECUNDÁRIOS R32 e R15.

CAPNE

Coordenadoria de Atenção a Pessoas com Necessidades Especiais

**Endereço: Rua Uruguai, 667
(Anexo á Central de Vacinas)**

Telefone: (54) 3312-4725

Horário de atendimento:

08:00 às 11:30 e das 13:30 às 17:00 de 2ª. a 6ª. Feira



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. 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 _____		



“Art. 3º - O cofinanciamento para aquisição de fraldas descartáveis destina-se **exclusivamente** para atender pessoas com:

a) Incontinência urinária e/ou fecal, **decorrentes** das patologias listadas no **Anexo III**, devendo obedecer aos critérios e fluxo apresentados no Anexo I deste Decreto. (nº 70/2022)”

ANEXO III
LISTAGEM DO CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS

CID PRINCIPAL	
C57.8 - Lesão invasiva dos órgãos genitais femininos.	I61.6 - Hemorragia intracerebral de múltiplas localizações.
C63.8 - Lesão invasiva dos órgãos genitais masculinos.	I63.0 - Infarto cerebral devido a trombose de artérias pré-cerebrais.
C67.8 - Lesão invasiva da bexiga.	I63.1 - Infarto cerebral devido a embolia de artérias pré-cerebrais.
E84.1 - Fibrose cística com manifestações intestinais.	I63.2 - Infarto cerebral devido a oclusão ou estenose não especificada de artérias pré-cerebrais.
F00 - Demência na doença de Alzheimer.	I63.3 - Infarto cerebral devido a trombose de artérias cerebrais.
F00.1 - Demência na doença de Alzheimer de início tardio.	I63.4 - Infarto cerebral devido a embolia de artérias cerebrais.
F01.0 - Demência vascular de início agudo.	I67.3 - Lencencefalopatia vascular progressiva
F01.1 - Demência por infartos múltiplos.	I69.1 - Sequela de hemorragia intracerebral.
G35 - Esclerose múltipla.	I69.3 - Sequela de infarto cerebral.
G37.0 - Esclerose difusa.	K60 - Fissura e fístula das regiões anal e retal.
G37.1 - Desmielinização central do corpo caloso.	M62.3 - Síndrome de imobilidade (paraplégica)
G37.2 - Mielínólise central da ponte.	N32.1 - Fístula enterro-vesical, não classificada em outra parte.
G37.3 - Mielite transversa aguda em doenças desmielinizantes do sistema nervoso central.	N31.2 - Bexiga neuropática flácida, não classificada em outra parte.
G45.1 - Síndrome da artéria carotídea.	N36.0 - Fístula uretral.
G46.1 - Síndrome da artéria cerebral anterior.	N82.1 - Outras fístulas do trato geniturinário feminino
G80 - Paralisia cerebral infantil.	N81.3 - Prolapso uterovaginal completo.
G82 - Paraplegia e tetraplegia.	N82.0 - Fístula vesicovaginal.
G83.4 - Síndrome da cauda equina.	Q42.3 - Ausência, atresia e estenose congênita do ânus, sem fístula.
I60.0 - Hemorragia subaracnóide proveniente do sifão e da bifurcação da carótida.	R40.2 - Coma não especificado.
I60.2 - Hemorragia subaracnóide proveniente da artéria comunicante anterior.	S06.2 - Traumatismos cerebral difuso.
I61.0 - Hemorragia intracerebral hemisférica subcortical.	S06.7 - Traumatismo intracraniano com coma prolongado.
I61.3 - Hemorragia intracerebral do tronco cerebral.	Z22.6 - Portador de infecção pelo vírus T- linfotrópico tipo I (HTLV-1).
CID SECUNDÁRIO	
R32 – Incontinência urinária e não especificada.	R15 – Incontinência fecal.



ANEXO IV

**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