



## 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     6/180 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           |                   |                            |