

Estado do Rio Grande do Sul
PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE
GABINETE DO PREFEITO

MENSAGEM/736

Rio Grande, 23 de Novembro de 2022.

Excelentíssimo Senhor Presidente:

Ao cumprimentá-lo respeitosamente, vimos pelo presente, em atenção a Indicação nº 819/22, em atendimento à proposição do Vereador Miguel Degani, solicitando que seja disponibilizado nos postos de saúde, os formulários necessários para a solicitação dos insumos de saúde, tais como, leite, fraldas e outros, vimos informar que estamos encaminhando em anexo Of. 977/ADM/SMS/2022 com anexos, em resposta ao solicitado.

Sendo o que tínhamos para o momento, firmamo-nos,

Respeitosamente,

FABIO DE
OLIVEIRA
BRANCO:
49844210020

Assinado digitalmente por FABIO DE OLIVEIRA
BRANCO.49844210020
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Secretaria da Receita
Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CPF A3, OU=(EM
BRANCO), OU=2008510500106, OU=Presencial,
CN=FABIO DE OLIVEIRA BRANCO.49844210020
Razão: Eu estou aprovando este documento com
minha assinatura de vinculação legal
Localização:
Data: 2022-11-23 13:41:25
Foxit Reader Versão: 9.4.1

FÁBIO DE OLIVEIRA BRANCO
Prefeito Municipal

À Sua Excelência
Ver. PAULO ROBERTO MARIN ROLDÃO
Presidente da Câmara Municipal
NESTA CIDADE



Estado Do Rio Grande Do Sul
PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
GABINETE DA SECRETÁRIA

RIO GRANDE
285
a n o s

Rio Grande, 22 de novembro de 2022.

Ofício nº 977/ADM/SMS/2022

Exmo. Sr.

Fábio de Oliveira Branco

MD Prefeito Municipal

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE

Excelentíssimo Sr. Prefeito,

Ao cumprimentá-lo, muito cordialmente, em atenção a Indicação 819/2022, Protocolado sob nº 6640/2022 em 01/11/2022 do Vereador Miguel Degani, vimos informar que foram passadas para todas as Unidades de Saúde orientações através do Memorando Circular nº 027/ADM/SMS/2022, quanto as solicitações de serviços fornecidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS, para que quando necessário em atendimento, o médico possa já encaminhar os pedidos, conforme os anexos.

Sem mais para o momento,

Atenciosamente,

Zelionara Pereira Branco
Secretária de Município da Saúde

Doe órgãos, doe sangue: Salve vidas!

Secretaria de Município da Saúde – Endereço: Marechal Floriano Peixoto nº 05, Centro, Rio Grande/RS

Contato: (53) 3237-4200 | E-mail: protocolo.sms@riogrande.rs.gov.br ; sms@riogrande.rs.gov.br

<https://www.riogrande.rs.gov.br/saude>



Estado Do Rio Grande Do Sul
PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
GABINETE DA SECRETÁRIA

Rio Grande, 16 de Novembro de 2022.

Memorando Circular nº 027/ADM/SMS/2022

Às

Unidades Básicas de Saúde

Unidades Básicas de Estratégia Saúde da Família

Assunto: Orientações

Vimos por meio deste, encaminhar os formulários de solicitações de serviços fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), para que quando necessário em atendimento, o médico possa já encaminhar os pedidos, como segue em anexo:

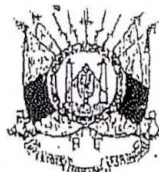
- Solicitação de Fraldas: Laudo Médico de Insumos de Saúde/Fraldas Descartáveis, bem como Declaração de Incapacidade Financeira, e listagem do código internacional de doenças – CID;
- Solicitação de Fórmulas Nutricionais: Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais – LFN, bem como nomenclatura de fórmulas e complementos alimentares disponibilizados pelo SUS;
- Solicitação de medicamentos: Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de medicamentos na Farmácia do Estado;

Sem mais para o momento,


Zelionara Pereira Branco
Secretária de Município da Saúde

Doe órgãos, doe sangue: Salve vidas!

Secretaria de Município da Saúde – Endereço: Marechal Floriano Peixoto nº 05, Centro, Rio Grande/RS
Contato: (53) 3237-4200 | E-mail: protocolo.sms@riogrande.rs.gov.br ; sms@riogrande.rs.gov.br
<https://www.riogrande.rs.gov.br/saude>



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:		Carteão 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 ☐ 3/60 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		

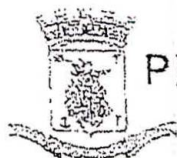


ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO 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 - Lencencefalopatia 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 fistula das regiões anal e retal.
G37.0 - Esclerose difusa.	M62.3 - Síndrome de imobilidade (paraplégica)
G37.1 - Desmielinização central do corpo caloso.	N32.1 - Fistula enterovaginal, 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 desmielinizantes do sistema nervoso central.	N36.0 - Fistula uretral.
G45.1 - Síndrome da artéria carótida.	N82.1 - Outras fistulas do trato geniturinário feminino
G46.1 - Síndrome da artéria cerebral anterior.	N81.3 - Prolapso uterovaginal completo.
G60 - Paralisia cerebral infantil.	N82.0 - Fistula vesicovaginal.
G82 - Paraplegia e tetraplegia.	Q42.3 - Ausência, atresia e estenose congênita do ânus, sem fistula.
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.
I61.8 - 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 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	Telefones	Celular
	☐ Masculino ☐ Feminino		
Transplantado			
☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado			
Data do Transplante		Órgão Transplantado	

Dados preenchidos pelo Médico Assistente

CPF do Médico Assistente

Início do Tratamento	1º CID Secundário	Nome do CID
	2º CID Secundário	Nome do CID
	3º 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	Cidade	UF	
Município			
Telefones		Celular	
E-mail			

Local

Data

Assinatura do usuário ou representante



Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)****SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)****CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE**

1- Número do CNES*		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante					
3- Nome completo do Paciente*		5- Peso do paciente*				kg	
4- Nome da Mãe do Paciente*		6- Altura do paciente*				cm	
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1							
2							
3							
4							
5							
6							
9- CID-10*		10- Diagnóstico					
11- Anamnese*							
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*							
☐ NÃO ☐ SIM. Relatar:							
13- Atestado de capacidade*							
A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?							
☐ NÃO ☐ SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento							
Nome do responsável							
14- Nome do médico solicitante*		17- Assinatura e carimbo do médico*					
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*		16- Data da solicitação*					
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante							
☐ Outro, informar nome: e CPF							
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*							
☐ Branca ☐ Amarela							
☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia:							
☐ Parda ☐ Sem informação							
21- Número do documento do paciente		20- Telefone(s) para contato do paciente					
☐ CPF ou ☐ CNS							
22- Correio eletrônico do paciente		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*					

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO