



**PREFEITURA DE
ARAUCÁRIA
SAÚDE**



Prefeitura de Araucária
Secretaria Municipal de Saúde



FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE BOLSAS PARA PACIENTES OSTOMIZADOS

IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO	
Araucária	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
1. NOME: _____	
2. SEXO: () FEMININO () MASCULINO 3. DATA DE NASCIMENTO: _____	
4. CARTÃO SUS: _____	
5. ENDEREÇO: _____	
6. TELEFONE: _____	
7. RESPONSÁVEL NA AUSÊNCIA DO PACIENTE: _____	
8. ENDEREÇO: _____	
9. TELEFONE: _____	
IDENTIFICAÇÃO DO KIT	
TIPO E QUANTIDADE DE KIT ENTREGUE	
() 1 PEÇA QUANTIDADE/MÊS: _____ código do equipamento _____	
() 2 PEÇAS BOLSA QUANTIDADE/MÊS: _____ código do equipamento _____	
PLACA QUANTIDADE/MÊS: _____ código do equipamento _____	
BARREIRAS CUTÂNEAS () SIM () NÃO	
Resina em () PASTA () FILETE	
QUANTIDADE/MÊS: _____	
LOCAL E DATA: AAC	ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



Consórcio Metropolitano de Saúde do Paraná - COMESP
Rua João Reboli, 340 – Santa Cândida – Curitiba – Paraná – CEP 82640-230
Fone: 041.3254-5010 – Email: consorcio@comespsaude.com.br – www.comespsaude.com.br