

ANEXO IV

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIRETORIA DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Prezada Empresa, Solicitamos a V.Sª. a Instalação dos equipamentos para o seguinte paciente:							
SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO - SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL							
SERVIÇO:	() INSTALAÇÃO () RECARGA () RETIRADA						
PROGRAMA	Programa de Oxigenoterapia Domiciliar						
DADOS DO PACIENTE							
PACIENTE						CPF:	
NÚMERO SES							
IDADE	RESPONSÁVEL / CUIDADOR:						
FLUXO L/MIN	USO	() CONTÍNUO () PULSADO - HORAS/DIA:					H/Dia
PACIENTE: () TRAQUEOSTOMIZADO () SOB CATETER NASAL							
DIAGNÓSTICO DO PACIENTE (CID):							
ENDEREÇO DE INSTALAÇÃO COMPLETO:							
PONTO DE REFERÊNCIA:							
RUA DE :	TERRA		ASFALTO		PLANO		LADEIRA
ACESSO:							
COMPLEMENTO:						REGIÃO DE SAÚDE:	
BAIRRO:			CEP:		1ºTELEFONE:		
					2ºTELEFONE:		
RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS SOLICITADOS							
CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO							
CILINDRO BACKUP		CILINDRO DE TRANSPORTE					
DESCARTÁVEIS							
CATÉTER							
COPO UMIDIFICADOR		CARRINHO PARA CILINDRO					
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:							
PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS							
EMPENHO:				DATA:			
CONTRATO Nº:							
SOLICITANTE:							
NOME DO REQUISITANTE:							
MATRÍCULA:		CARGO/FUNÇÃO:				LOTAÇÃO:	
TELEFONE DO RESQUISITANTE:				E-MAIL:			