

## PRESCRIÇÃO DE CALÇADOS E PALMILHAS

IDENTIFICAÇÃO	CER: _____		Data da avaliação: ____/____/____		Prontuário: _____	
	Nome: _____				DN: ____/____/____	
	CNS: _____		CPF: _____		TEL: _____	
	Realiza terapia ou Reab? (1) Não (2) Sim				Local: _____	
					Região Moradia: _____ (vide tabela)	
	Diagnóstico: _____				CID: _____	

1	Aricanduva	7	Cid Tiradentes	13	Itaquera	19	Parelheiros	25	Santo Amaro	31	V. Prudente
2	Butantã	8	Ermelino Matarazzo	14	Jabaquara	20	Penha	26	São Mateus	32	Sapopemba
3	Campo Limpo	9	Freguesia/Brasilândia	15	Jaçanã/Tremembé	21	Perus	27	São Miguel	33	Outro Município
4	Capela Socorro	10	Guaianases	16	Lapa	22	Pinheiros	28	Sé		
5	Casa Verde/Cach	11	Ipiranga	17	M' Boi Mirim	23	Pirituba/Jaraguá	29	Vila Mariana		
6	Cid Ademar	12	Itaim Paulista	18	Mooça	24	Santana/Tucuruvi	30	V.Maria/V.Guilherme		

CÓDIGO E VALOR SUS	1. ( ) <b>07.01.01.005-3</b> - CALÇADOS ANATÔMICOS COM PALMILHAS PARA PÉS NEUROPÁTICOS (PAR) – (R\$ 419,20) ( ) 1 velcro – DSD05 ( ) 2 velcros – DSD01 ( ) 3 velcros – DSD03 SEI ( ) Frente neoprene 2 velcros – 510 N° CALÇADO ATUAL: _____ ( ) Neoprene, recorte para joanete – DSD02
	2. ( ) <b>07.01.01.008-8</b> - CALÇADOS SOB MEDIDA P/ COMPENSAÇÃO DE DISCREPÂNCIA DE MEMBROS INFERIORES A PARTIR DO NUMERO 34 – (R\$ 299,00) SIGA N° CALÇADO ATUAL: _____
	3. ( ) <b>07.01.01.009-6</b> - CALÇADOS SOB MEDIDA PARA COMPENSAÇÃO DE ENCURTAMENTO ATÉ NUMERO 33 (PAR) – (R\$ 239,40) SIGA N° CALÇADO ATUAL: _____
	4. ( ) <b>07.01.01.014-2</b> - PALMILHAS CONFECCIONADAS SOB MEDIDA (PAR) – (R\$ 130,20) SIGA N° CALÇADO ATUAL: _____
	5. ( ) <b>07.01.01.015-0</b> - PALMILHAS PARA PÉS NEUROPÁTICOS CONFECCIONADAS SOB MEDIDA PARA ADULTOS OU CRIANÇAS (PAR) – (R\$ 170,30) SIGA N° CALÇADO ATUAL: _____
	6. ( ) <b>07.01.01.016-9</b> - PALMILHAS PARA SUSTENTAÇÃO DOS ARCOS PLANTARES ATÉ O NUMERO 33 (PAR) – (R\$ 43,89) SEI ( ) COURO ( ) EVA N° CALÇADO ATUAL: _____
	7. ( ) <b>07.01.01.017-7</b> - PALMILHAS PARA SUSTENTAÇÃO DOS ARCOS PLANTARES NÚMEROS ACIMA DE 34 (PAR) – (R\$ 65,00) SEI ( ) COURO ( ) EVA N° CALÇADO ATUAL: _____
	8. ( ) <b>07.01.02.056-3</b> PROTESE TIPO PALMILHA PARA AMPUTAÇÃO EM NÍVEL DE ANTEPE – (R\$ 451,50) ( ) Direita ( ) Esquerda

**JUSTIFICATIVA/CONSIDERAÇÕES:**

---



---



---



---

ASS.: _____	ASS.: _____
Nome: _____	Nº CREDITO: _____
Nome: _____	Empresa/ AP: _____
Eu, _____ estou ciente e concordo com o que foi prescrito.	
Assinatura: _____ ( ) responsável / ( ) paciente	Data: ____/____/____