

TERMO DE INCLUSÃO DE USUÁRIO DO PROGRAMA CPAP

1. IDENTIFICAÇÃO	
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE OESTE	STS:
UBS:	
NOME DE USUÁRIO:	
DATA DE NASCIMENTO:	CPF:
CARTÃO SUS	
Nº DE CADASTRO/ORDEN:	
ENDEREÇO PARA ENTREGA:	
BAIRRO:	CEP:
TELEFONE 1:	TELEFONE 2:
NOME DO FAMILIAR/RESPONSÁVEL DO USUÁRIO:	
CPF:	
TELEFONE:	
2. NOME DO PROFISSIONAL DA UBS RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO: _____	
3. CPAP PRESSÃO: _____ CM H2O OU () ADAPTAÇÃO NO MODO AUTOMÁTICO MODELO DO CIRCUITO: () ADULTO MODELO DA MÁSCARA: () NASAL () ORONASAL () INFANTIL TAMANHO DA MÁSCARA: () P () M () G Caso o usuário necessite de algum outro acessório favor informar abaixo para verificação se o contrato contempla ou não: Outros: _____ _____	
4. DADOS RELEVANTES PARA O AUTORIZADOR (CID E COMORBIDADES): _____ _____	
5. USUÁRIO HOSPITALIZADO? () SIM () NÃO NOME DO HOSPITAL: _____	
6. SITUAÇÃO: () DEFERIDO () INDEFERIDO Justificativa: _____ _____	
São Paulo, __/__/____ _____ Assinatura do Núcleo Autorizador	