

Pacientes de Porto Alegre:

***Cadeira de rodas, cadeira de banho, órteses:**

- 1) Procurar o médico que acompanha o paciente, ou ir até o posto de saúde da região, pedir prescrição/receita médica contendo o que o paciente necessita, com CID da doença.
- 2) Reunir os seguintes documentos do paciente: RG, CPF, cartão do SUS, comprovante de residência, receita médica.
- 3) Levar os documentos ao Posto de Saúde IAPI, antes ligar (51)3289-3434 para agendar. Falar com Assistente Social Mirna ou Helena.

***Remédio**

- 1) Xerox do RG, CPF, cartão do SUS, comprovante de residência, laudo da doença, receita médica, últimos exames do paciente e também xerox do RG, CPF e comprovante de residência do responsável.
- 2) Levar os documentos na Farmácia do Estado, Rua Borges de Medeiros 531, primeiro andar guichê 107.
Telefone: (51)3901-1004 ou (51)3901-1000.

***Alimentação Nutricional (dieta)**

- 1) Levar a receita/prescrição médica solicitando a dieta, na Farmácia do Estado. Rua Borges de Medeiros 536, primeiro andar guichê 107.

***Bipap**

- 1) Fazer uma requisição solicitando o aparelho BIPAP domiciliar, incluindo nome do paciente, endereço completo e correto, telefone (s) e e-mail para contato.

Modelo de Solicitação

Solicitação de BIPAP

Eu _____, paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), residente do município de _____,

Endereço: _____ número: _____

complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

telefone: _____ celular: _____ recado: _____ solicito

o aparelho domiciliar BIPAP para o meu tratamento.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2013.

*Deixar a solicitação anexada à documentação.

2) Documentos necessários:

1. Cartão SUS*
2. Receita médica e prontuário solicitando o Bipap;
3. Laudo médico com o CID;
4. Exames de espirometria ou oximetria noturna e gasometria arterial;
5. Cópia de RG e CPF do paciente e familiar responsável;
6. Cópia do comprovante de residência do paciente;

3) Entregar todos os documentos no Postão da Vila dos Comerciários/Cruzeiro do Sul.

Endereço: do Postão: Mohab Caldas, n° 400 - Vila Cruzeiro do Sul.

Telefone do Postão: (51) 3289-4000 (51)3289-4059

Pacientes Regiões Metropolitana/Interior

*** Cadeira de rodas, cadeira de banho, órteses:**

1) Procurar o médico que acompanha o paciente, ou ir até o posto de saúde da região, pedir prescrição/receita médica contendo o que o paciente necessita, com CID da doença.

2) Reunir os seguintes documentos do paciente: RG, CPF, cartão do SUS, comprovante de residência, receita médica.

3) Levar os documentos a Secretaria de Saúde do Município.

***Remédio**

1) Xerox do RG, CPF, cartão do SUS, comprovante de residência, laudo da doença, receita médica, últimos exames do paciente e também xerox do RG, CPF e comprovante de residência do responsável.

2) Levar os documentos na Secretária da Saúde do Município.

***Alimentação Nutricional (Dieta)**

- 1) Levar a receita/prescrição médica solicitando a dieta, na Secretaria de Saúde do município.

***Bipap**

1)Fazer uma requisição solicitando o aparelho BIPAP domiciliar, incluindo nome do paciente, endereço completo e correto, telefone (s) e e-mail para contato.

Modelo de Solicitação

Solicitação de BIPAP

Eu _____, paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), residente do município de _____,

Endereço: _____ número: _____

complemento. _____ Bairro: _____ CEP: _____

telefone: _____ celular: _____ recado: _____ solicito

o aparelho domiciliar BIPAP para o meu tratamento.

Cidade, _____ de _____ de 2013.

*Deixar a solicitação anexada à documentação.

2) Documentos necessários:

1. Cartão SUS*
2. Receita médica e prontuário solicitando o Bipap;
3. Laudo médico com o CID;
4. Exames de espirometria ou oximetria noturna e gasometria arterial;
5. Cópia de RG e CPF do paciente e familiar responsável;
6. Cópia do comprovante de residência do paciente;

3)Entregar os documentos na Secretária de Saúde de seu município.

**Para maiores informações, entre em contato (51)3014-2070, segunda á quarta-feira das 08h30 ás 12h30, quinta e sexta-feira das 12h30 ás 16h30.