



Modelo Requisição para solicitação de BIPAP – PORTO ALEGRE

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

Eu _____, paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), residente no município de Porto Alegre, endereço _____, número _____, complemento _____, bairro _____, CEP: _____, Telefone: _____, Celular: _____, Telefone para recados: _____ com _____, Solicito o aparelho domiciliar BIPAP para o meu tratamento.

Porto Alegre, ____ de _____ de 201__.

*Deixar a solicitação anexada à seguinte documentação:

1. Cartão do SUS;
2. Receita médica e prontuário solicitando o BIPAP;
3. Laudo médico com 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;
7. Entregar todos os documentos no Postão da Vila dos Comerciantes/Cruzeiro do Sul, localizado na Rua Mohab Caldas, nº400 – Vila Cruzeiro do Sul. Telefone (51) 3289-4000, 3289-4059 ou 3089-4060.