



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS



FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÃO / ÓRTESES / PRÓTESES E MATERIAL AUXILIAR -
EQUIPAMENTO PRÓTESE(S) MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES
CENTRO DE REABILITAÇÃO

DATA: _____ CÓDIGO DO SUS: _____ Nº CARTÃO SUS: _____

ESPECIFICAÇÃO DO EQUIPAMENTO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE
NOME: _____ Nº PRONTUÁRIO: _____

C.P.F.: _____ SEXO: M F COR: _____ DATA NASCIMENTO: _____

PROFISSÃO: _____

EM ATIVIDADE BENEFÍCIOS INSS APOSENTADO OUTROS

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: _____ Nº: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

CEP: _____ TELEFONE: _____ RECADO: _____

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO: _____

DIAGNÓSTICO TOPOGRÁFICO: _____

INSTITUIÇÃO / PROFISSIONAL QUE ENCAMINHOU: _____

VÍNCULO COM UBS: SIM NÃO QUAL: _____

IDENTIFICAÇÃO DO EQUIPAMENTO PRÓTESE(S) PARA MEMBRO(S) INFERIOR(ES)

NÍVEL	TIPO DE EQUIPAMENTO	ENCAIXE	
DESARTICULAÇÃO QUADRIL	ENDOSQUELÉTICO (MODULAR)	CESTO DESARTICULAÇÃO QUADRIL	PALMILHA P/ COMPL. ANTEPÉ:
TRANSFEMURAL	EXOESQUELÉTICO (CONVENCIONAL)	QUADRILATERAL	RÍGIDA
DESARTICULAÇÃO DO JOELHO		CONTENÇÃO ISQUIÁTICA	FLEXÍVEL
TRANSTIBIAL		PTB	
TORNOZELO		PTS	
ANTEPÉ		PTB C/ COXAL	
		PTB P/ CHOPART / PIROGOFF / SYME	

MATERIAL

MATERIAL	MATERIAL	SUSPENSÃO:	CINTO PÉLVICO	CORREIA SUPRACONDILAR	KBM
RESINA ACRÍLICA P/ LAMINAÇÃO	POLIPROPILENO				
COURO	REFORÇO AÇO CARBONO	VÁLVULA VÁCUO	CINTO SILESIANO	COXAL	
OUTRO:					

EM AMPUTADOS BILATERAIS, COM NÍVEIS DE AMPUTAÇÕES DIFERENTES, MARCAR E OU D NOS PARÊNTESES

ARTICULAÇÕES				PERNA	PÉ
QUADRIL:	JOELHO	C/ IMPULSOR	C/ IMPULSOR	EXOESQUELÉTICO	SACH
EXOESQUELÉTICO	EXOESQUELÉTICO	ENDOSQUELÉTICA	QUATRO BARRAS	ENDOSQUELÉTICA	SACH GERIÁTRICO
ENDOSQUELÉTICA	MONOEIXO	MONOEIXO	LIVRE	AÇO	P/ AMPUTAÇÃO DE PIROGOFF
C/ TRAVA	LIVRE	LIVRE	C/ TRAVA	ALUMÍNIO	ARTICULADO
S/ TRAVA	C/ TRAVA	C/ TRAVA	TORNOZELO	REVEST. COSMÉTICO	DINÂMICO
	C/ FREIO	C/ FREIO	EXOESQUELÉTICA	OUTROS:	
			ENDOSQUELÉTICA		

IDENTIFICAÇÃO DO EQUIPAMENTO PRÓTESE(S) PARA MEMBRO(S) SUPERIOR(ES)

FUNCIONAL		NÍVEL	TIPO DE EQUIPAMENTO	MATERIAL	TIRANTES: TIPO:
ESTÉTICO	SUBSTITUIÇÃO:	DESARTICULAÇÃO DE MÃO	UNILATERAL	RESINA ACRÍLICA P/ LAMINAÇÃO	CORREIAS
TEMPORÁRIO	TOTAL	DESARTICULAÇÃO DE PUNHO	BILATERAL	LUVAS COSMÉTICAS	C/ TRAVA
DEFINITIVO:	PARCIAL	DESARTICULAÇÃO DE COTOVELO		ESPUMA COSMÉTICA	
NOVO		DESARTICULAÇÃO DE OMBRO		REFORÇO AÇO CARBONO	
		AMPUTAÇÃO TRANSRADIAL		DINÂMICO	

EM AMPUTADOS BILATERAIS, COM NÍVEIS DE AMPUTAÇÕES DIFERENTES, MARCAR E OU D NOS PARÊNTESES

MÉDICO SOLICITANTE: ASSINATURA E CARIMBO: _____ ASSISTENTE SOCIAL: ASSINATURA E CARIMBO: _____