



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA EXECUTIVA
DEPARTAMENTO DE LOGÍSTICA
GERÊNCIA DE ALIMENTAÇÃO

ANEXO I

**FICHA DE CADASTRO PARA ATENDIMENTO A CRIANÇAS COM
NECESSIDADES ALIMENTARES ESPECIAIS**
** A ser preenchida pelo médico*

*Para ser preenchida pelo médico que acompanha o usuário.

* Em caso de preenchimento incorreto e/ou incompleto, poderá ser devolvida ao médico para o correto preenchimento.

Local de atendimento:.....

Data da solicitação:...../...../.....

Nome do usuário:.....

Sexo F() M()

Data de Nascimento:...../...../.....

Peso:..... Estatura:.....

DIAGNÓSTICO CLÍNICO – Deve ser preenchido com letra legível

Doença de base:.....

Diagnóstico médico: CID-10:.....

Comorbidade(s):.....
.....
.....

História Clínica:

.....

.....

Orientação dietética:.....
.....

.....

.....

Justificativa:.....
.....

.....

* Os produtos serão fornecidos pela SME de acordo com as especificações técnicas e não nomes comerciais.

Carimbo e Assinatura do médico: _____