



ESTADO DE ALAGOAS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
COORDENAÇÃO GERAL DE FARMÁCIA E BIOQUÍMICA

**Formulário para Dispensação mensal de material para curativo domiciliar**

NOME DO USUÁRIO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_

PRONTUÁRIO Nº: \_\_\_\_\_ CARTAO SUS: \_\_\_\_\_

TIPO DE CURATIVO: \_\_\_\_\_

LOCAL DO FERIMENTO: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO AVALIADOR: \_\_\_\_\_

DATA:	ASS DO ENF.:	DATA:	ASS DO ENF.:
MATERIAL	QUANTIDADE (MENSAL)	MATERIAL	QUANTIDADE (MENSAL)
Gaze estéril (pacote)		Gaze estéril (pacote)	
Ataduras _____ cm (rolo)		Ataduras _____ cm (rolo)	
Soro fisiológico 0,9% (fr-amp)		Soro fisiológico 0,9% (fr-amp)	
Esparadrapo (rolo)		Esparadrapo (rolo)	
AGE (frasco)		AGE (frasco)	

DATA:	ASS DO ENF.:	DATA:	ASS DO ENF.:
MATERIAL	QUANTIDADE (MENSAL)	MATERIAL	QUANTIDADE (MENSAL)
Gaze estéril (pacote)		Gaze estéril (pacote)	
Ataduras _____ cm (rolo)		Ataduras _____ cm (rolo)	
Soro fisiológico 0,9% (fr-amp)		Soro fisiológico 0,9% (fr-amp)	
Esparadrapo (rolo)		Esparadrapo (rolo)	
AGE (frasco)		AGE (frasco)	

