

CONSELHO MUNICIPAL de SAÚDE de EXTREMA

RESOLUÇÃO nº 003, de 26 de fevereiro de 2025.

Aprova o Protocolo Clínico para Dispensação de Fórmula Infantil, Suplemento Nutricional e Dieta Enteral / Oral Pediátrica e Adulta.

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Extrema do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais – SUS/MG, no uso de suas competências regimentais e atribuições, e:

- CONSIDERANDO a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;
- CONSIDERANDO a Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;
- CONSIDERANDO a Portaria de Consolidação nº 1, que dispõe da consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde;

Art. 1º Fica aprovado o protocolo clínico para dispensação de fórmula infantil, suplemento nutricional e dieta enteral / oral pediátrica e adulta na rede pública de saúde, conforme anexo I.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Extrema, 26 de fevereiro de 2025.

Airton Pinto Azevedo

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Homologo a Resolução do Conselho Municipal de Saúde nº. 003, de 26 de fevereiro de 2025, nos termos de Delegação de Competência.

André Aparecido Borges

Secretário Municipal de Saúde

ANEXO I

PROTOCOLO CLÍNICO PARA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULA INFANTIL, SUPLEMENTO NUTRICIONAL E DIETA ENTERAL/ORAL PEDIÁTRICA E ADULTA NA

REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE EXTREMA/MG

INTRODUÇÃO

O alimento se constitui de um elemento essencial à vida humana. Sem o acesso a uma alimentação adequada em termos de qualidade e quantidade o ser humano não apresenta as condições necessárias para desenvolver suas capacidades, potencialidades e outros.

Pacientes com estado nutricional adequado tem melhor capacidade de se recuperar de doenças, visto que ficam mais resistentes às infecções e tendem a reduzir o tempo de hospitalização. Ademais, quando submetidos a um procedimento cirúrgico, apresentam melhor cicatrização e índices de mortalidade reduzidas.

A Lei Orgânica da Saúde: 8080/90 define a alimentação como um dos fatores condicionantes da saúde e estabelece a vigilância nutricional e orientação alimentar como atribuições específicas do SUS.

Para tanto, cabe ao Estado formular, avaliar e favorecer as políticas de alimentação e nutrição, principalmente em casos onde a alimentação apresenta status de fármaco, como na situação das fórmulas infantis, suplementos nutricionais e dietas orais/enterais pediátricas e adultas. Logo, este deve fornecê-los de acordo com os princípios e normas do SUS.

O protocolo clínico para dispensação de fórmula infantil, suplemento nutricional e dieta enteral/oral pediátrica e adulta na rede pública de saúde do município de Extrema - MG tem como objetivo dispor sobre as normas pertinentes à prescrição dos itens citados anteriormente aos residentes no município de Extrema, bem como acompanhar o estado nutricional destes, por meio de visitas domiciliares e orientações. No que tange às crianças, enfatiza-se que o protocolo tem como diretriz o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e a complementação até os 2 anos.

Fica estabelecido que o formulário para avaliação de solicitação de fórmula infantil, suplemento nutricional e dieta enteral/oral pediátrica e adulta será exclusivo para pacientes que atendam os critérios de inclusão.

A relação das fórmulas infantis, suplementos nutricionais e das dietas enterais/orais pediátricas e adultas pelo município, encontra-se detalhada no ANEXO I.

DEFINIÇÕES

Fórmula Infantil: Produto utilizado sob prescrição, especialmente fabricado e adaptado para satisfazer as necessidades nutricionais dos lactentes. Pode ser na forma líquida ou em pó. As mais comuns contêm soro de leite e caseína de leite de vaca modificado como fonte de proteínas, adição de óleos vegetais como fonte de gordura, lactose como fonte de hidratos de carbono e adição de vitaminas e sais minerais. Há também as fórmulas infantis que tem proteína hidrolisada de soja, bem como as fórmulas que usam proteínas hidrolisadas na forma de aminoácidos sendo comercializadas como semi elementar e elementar para casos de alergia.

Suplementos Nutricionais: Alimentos que complementam a dieta de um indivíduo com macro e micronutrientes. São utilizados em casos onde sua ingestão é insuficiente ou ainda quando a dieta requer suplementação devido a alguma restrição específica. Não substituem os alimentos e não devem ser utilizados como alimentação exclusiva.

Dietas Enterais: Alimentos para fins específicos com ingestão controlada de nutrientes e com formulação elaborada para uso por via oral, por sondas e por estomias. Podem ser industrializados ou artesanais. Podem ser utilizados parcialmente ou exclusivamente para complementar e substituir a alimentação oral em pacientes com ou sem desnutrição, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar.

Terapia Nutricional (TN): Uso de intervenções nutricionais específicas para tratar uma enfermidade, lesão ou condição.

OBJETIVO

- Padronizar o fornecimento de fórmula infantil, suplemento nutricional e dieta enteral/oral pediátrica e adulta pelo Município de Extrema.
- Definir as indicações clínicas e nutricionais e estabelecer critérios de inclusão, exclusão, acompanhamento e alta de usuários do SUS de Extrema para o fornecimento de fórmula infantil, suplemento nutricional e dieta enteral/oral pediátrica e adulta
- Definir o fluxo e o envio de documentos para o fornecimento e a continuidade deste.

INDICAÇÕES CLÍNICAS E NUTRICIONAIS POR FAIXA ETÁRIA

Quadro 1 –Critérios clínicos e nutricionais de 0 a 12 meses.

CRIANÇAS DE 0 A 12 MESES	
PARA NUTRIÇÃO ENTERAL	Pacientes com ingestão via oral suspensa em uso exclusivo de sonda nasogástrica (SNG) ou sonda nasoentérica (SNE), gastrostomia (GTT) ou jejunostomia.
PARA NUTRIÇÃO ORAL	Pacientes com ingestão via oral preservada, apresentando pelo menos: ✓ 01 (um) critério clínico e 1 (um) nutricional descrito; ou ✓ 1 (um) critério clínico e 1 (uma) intercorrência neonatal;
CRITÉRIOS CLÍNICOS	1 - Alergia à proteína do leite de vaca (diagnóstico clínico confirmado de Alergia Alimentar, contendo CID 10); 2- Intolerância a lactose (diagnóstico clínico confirmado de intolerância contendo CID 10); 3- Pós cirúrgico imediato do Trato Gastrointestinal.
CRITÉRIOS NUTRICIONAIS	1-Baixo peso (IMC: Percentil <3);
INTERCORRÊNCIAS NEONATAIS RELACIONADAS	1- Cirurgia de TGI 2-Internação prolongada em UTI Neonatal (superior a 7 dias).

Quadro 2 –Critérios clínicos e nutricionais para crianças de 1 a 10anos.

CRIANÇAS DE 1 A 10 ANOS	
PARA NUTRIÇÃO ENTERAL	Pacientes com ingestão via oral suspensa em uso exclusivo de sonda nasogástrica (SNG) ou sonda nasoentérica (SNE), gastrostomia (GTT) ou jejunostomia.
PARA NUTRIÇÃO ORAL	Pacientes com ingestão via oral preservada, apresentando pelo menos 01 (um) critério clínico e 1 (um) nutricional descrito abaixo, com baixo peso* associado: <i>*pacientes diagnosticados com mucopolissacaridose, hidronefrose ectasia lateral, fenilcetonúria e transplantados o item baixo peso não será considerado.</i>
CRITÉRIOS CLÍNICOS	1-Baixo peso (IMC: Percentil <3); 2- Doenças metabólicas ou disabsortivas, exceto Intolerância a Lactose e APLV; 3- Intolerância a lactose (diagnóstico clínico confirmado de intolerância contendo CID 10); 4- Disfagia neurológica; 5 – Neoplasias; 6 – Pós-Cirúrgico imediato do Trato Gastrointestinal ou transplante; 6–Seletividade alimentar severa; 7– Cardiopatia.

Quadro 2 –Critérios clínicos e nutricionais para maiores de 10 anos.

MAIORES DE 10 ANOS	
PARA NUTRIÇÃO ENTERAL	Pacientes com ingestão via oral suspensa em uso exclusivo de sonda nasogástrica (SNG) ou sonda nasoentérica (SNE), gastrostomia (GTT) ou jejunostomia.
PARA NUTRIÇÃO ORAL	Pacientes com ingestão via oral preservada, apresentando pelo menos 01 (um) critério clínico e 01 (um) nutricional descrito abaixo, com baixo peso associado (exceto itens 2, 3 e 4):
CRITÉRIOS CLÍNICOS	1-Gestante com ganho de peso fetal insuficiente; 2- Presença de úlcera de pressão em grau 4 e/ou 5; 3- Deiscência cirúrgica; 4- Cirurgia de grande porte (acompanhamento superior há um mês); 5- Disfagia neurológica.; 6- Neoplasias; 7- Pós-Cirúrgico do Trato Gastrointestinal ou transplante; 8- IRC (insuficiência renal crônica); 9- Demências: (Doença de Alzheimer, Demência vascular, Demência de corpos de Levy e Demência Frontotemporal). 10- Sarcopenia (moderada e grave)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

INCLUSÃO

- Residir no município de Extrema;
- Ser usuário cadastrado na Unidade Básica de Saúde (UBS) de abrangência ao local onde reside e realizar acompanhamento presencial obrigatório com Equipe da Saúde da Família – DECLARAÇÃO DA ESF.
- Possuir formulário para avaliação de solicitação de fórmula infantil, suplemento nutricional e dieta enteral/oral pediátrica e adulta (ANEXO 2), sendo preenchido **todos os campos pelo profissional Nutricionista da Rede Municipal de Extrema**
- Estar de acordo com os critérios clínicos do protocolo.
- Ser encontrado na visita domiciliar no endereço informado.

EXCLUSÃO

- Receber alta da equipe de saúde da UBS ou de Unidade de referência por evolução positiva do estado nutricional.
- Não realizar o acompanhamento clínico na Unidade Básica de Saúde (UBS) de abrangência ao local onde reside;
- Usuário / cuidador não aceitar o tratamento e acompanhamento proposto pelo programa / ESF de Extrema MG.
- Transferência / mudança para local fora da área de abrangência da ESF de Extrema.
- Óbito;
- Campos do formulário em branco.
- Paciente não encontrado no endereço fornecido no momento do cadastro.

ACOMPANHAMENTO E REAVALIAÇÃO

O acompanhamento e monitoramento do paciente deverá ser realizado por meio de visita domiciliar e atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

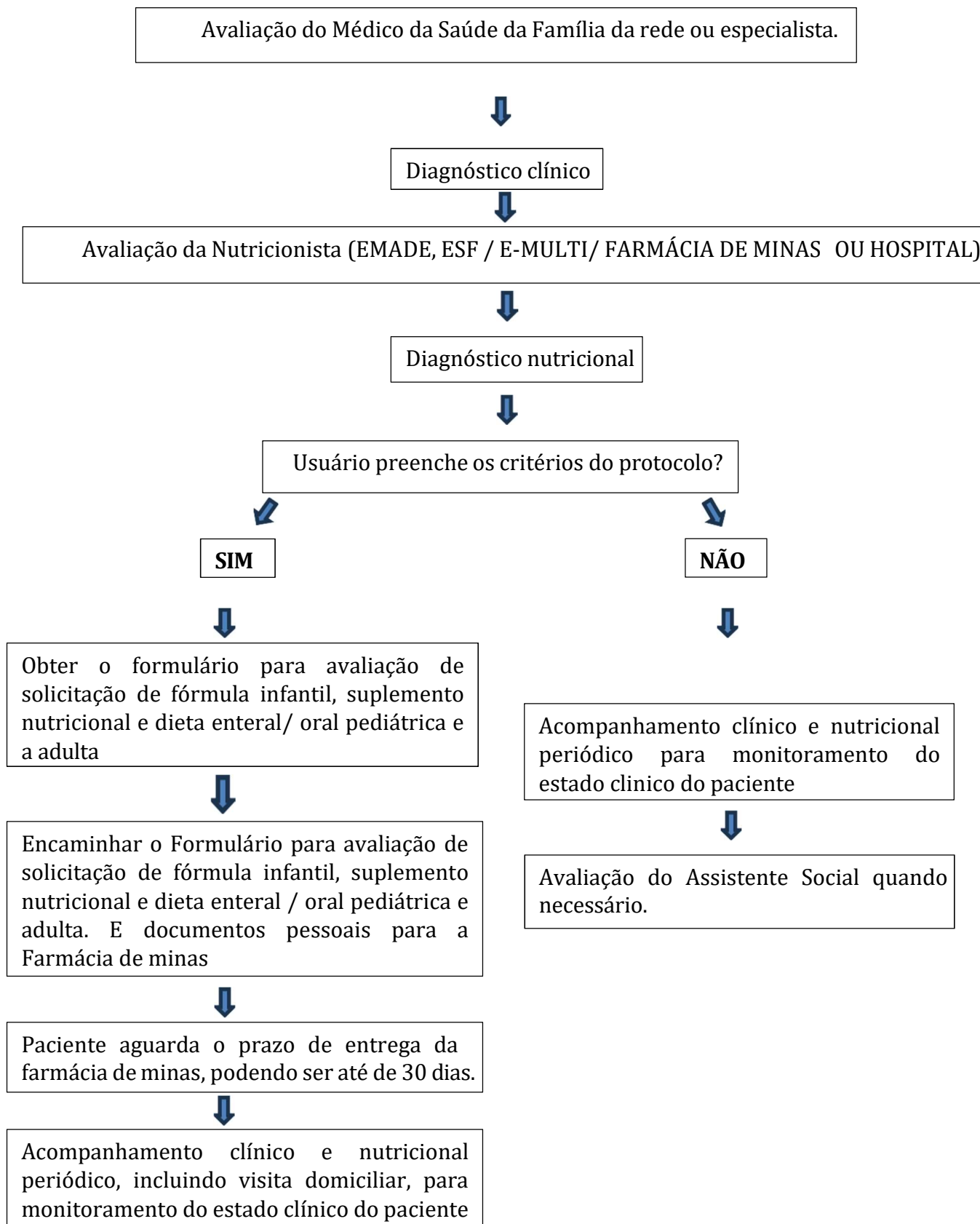
O usuário receberá a quantidade necessária da fórmula infantil, suplemento nutricional ou dieta enteral/oral pediátrica e adulta por 90 dias, quando obrigatoriamente deverá ser submetido a **Reavaliação Nutricional**.

A reavaliação e a visita domiciliar são imprescindíveis para que o fornecimento das fórmulas infantis, suplementos nutricionais e dietas enterais/orais pediátricas e adultas seja de acordo com a necessidade do usuário.

Documentação necessária:

- Relatório Médico original (contendo o diagnóstico da condição - CID 10);
- Formulário para avaliação de solicitação de fórmula infantil, suplemento nutricional e dieta enteral/oral pediátrica e adulta **todos os campos preenchidos pelo profissional Nutricionista da Rede Municipal de Extrema;**

1 -FLUXOGRAMA



DISPENSAÇÃO

Informa-se que a primeira **dispensação** pode **ocorrer em até 30 dias**.

No momento da dispensação da fórmula infantil, do suplemento nutricional e da dieta enteral/oral pediátrica e adulta pela **Farmácia de Minas**, **será entregue ao usuário ou responsável legal um termo de compromisso** (ANEXO 3), o qual deverá ser assinado e anexado ao cadastro do paciente.

Das Responsabilidades:

- **É vetada a dispensação para menores de 18 anos desacompanhados e que contrariem as normas legais e técnicas estabelecidas.**

- Não é permitido sob hipótese alguma **comercializar ou doar** os produtos recebidos da Secretaria Municipal de Saúde, **sob pena de incorrer nas penalidades legais cabíveis, uma vez que os produtos dispensados são de uso exclusivo do paciente cadastrado.**

- Destaca-se que a quantidade de produto recebida na data de inclusão **poderá a qualquer momento sofrer alteração, como acréscimos, reduções ou suspensões, dependendo da evolução do paciente e de acordo com os critérios** para o fornecimento de fórmulas alimentares industrializadas descritos no protocolo do programa.

Enfatiza-se que poderão ocorrer casos em que não serão dispensados 100% da quantidade de produtos que o paciente necessita e utiliza por mês, **tendo em vista que o PROGRAMA É UM AUXÍLIO**. As quantidades máximas a serem dispensadas mensalmente estão descritas no **ANEXO 4**.

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA RETIRADA

O paciente que atender a todos os critérios estabelecidos no protocolo deverá apresentar os seguintes documentos:

- Documento de identidade
- CPF;
- Cartão do SUS;
- Comprovante de endereço;
- Declaração da Unidade Básica de Saúde (validade 3 meses);

-Formulário **devidamente preenchido todos os campos pelo profissional Nutricionista da Rede Municipal de Extrema para avaliação de solicitação de fórmula infantil, suplemento nutricional e dieta enteral/oral pediátrica e adulta (ANEXO 2);**

ANEXOS

ANEXO I – RELAÇÃO DE PRODUTOS LICITADOS NO MUNICÍPIO

Os produtos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Extrema serão fornecidos de acordo com as especificações técnicas dos produtos. **As prescrições serão realizadas com a especificação dos produtos e não pelo nome comercial. Enfatiza-se que durante o tratamento os apresentar nomes comerciais diferentes, porém serão asseguradas a similaridade, eficácia e segurança** (Lei nº 8.666/93).

FÓRMULAS INFANTIS, SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS E DIETAS ENTERAIS/ORAIS PEDIÁTRICAS E ADULTAS

FÓRMULA NUTRICIONAL DE PARTIDA, À BASE DE PROTEÍNA DE SOJA ISOLADA, PARA LACTENTES DE 0 A 12 MESES

Fórmula nutricional em pó infantil à base de proteína isolada de soja, para lactentes de 0 a 6 meses, com intolerância à lactose ou alergia à proteína do leite, enriquecida com ferro e adicionada de l-metionina e outros nutrientes como l-carnitina, colina, inositol e taurina, óleos vegetais (óleo de palma, óleo de soja, óleo de coco) e minerais. 100% proteína vegetal (proteína isolada de soja). Isenta de sacarose, lactose e proteínas lácteas. Apresentação em lata com no mínimo 400 gramas.

FÓRMULA INFANTIL SEMI-ELEMENTAR

Fórmula nutricional infantil semi-elementar em pó, isenta de lactose e glúten, para lactentes, de seguimento e crianças de primeira infância com alergia ao leite de vaca (ALV), e/ou com quadro diarreico e/ou má absorção. Composta por proteínas do soro leite extensamente hidrolisada, no mínimo 85% de maltodextrina como fonte de carboidrato, mínimo de 48% de TCM como fonte lipídica, com ácidos graxos DHA e ARA, enriquecida com ferro e vitaminas. Apresentação em lata com no mínimo 400 gramas.

FÓRMULA INFANTIL ELEMENTAR

Fórmula nutricional infantil elementar em pó para lactentes e de seguimento para lactentes e crianças de primeira infância para necessidades dietoterápicas específicas (APLV), nutricionalmente completa e isenta de proteína láctea, lactose, sacarose, frutose, galactose e ingredientes de origem animal. Com aminoácidos livres e sintéticos, xarope de glicose, óleos vegetais e TCM. Adicionada de ARA e DHA e nucleotídeos. Indicada para crianças de 0 a 36 meses de idade com alergias alimentares. Composta 100% de aminoácidos

livres como fonte proteica, carboidratos como maltodextrina, polímeros de glicose, amido e xarope de milho, 100% de óleo vegetal como fonte de lipídios. Apresentação em lata com no mínimo 400 gramas.

FÓRMULA PEDIÁTRICA HIPERCALÓRICA EM PÓ PARA LACTENTES DE 0 A 36 MESES

Fórmula infantil em pó para nutrição oral e enteral, para lactentes e de seguimento, destinada a necessidades dietoterápicas específicas com 1kcal/ml. Fórmula polimérica, hipercalórica e nutricionalmente completa. Isenta de sacarose e glúten, com no mínimo 10% de proteína, 40% de carboidratos e 45% de lipídios. Com carnitina, colina, inositol, taurina, nucleotídeos, DHA, ARA e prebióticos. Baixa osmolaridade/litro. Apresentação em lata com no mínimo 400 gramas, hermeticamente fechada.

FÓRMULA PEDIÁTRICA ORAL/ENTERAL HIPERCALÓRICA EM PÓ SEM LACTOSE E SEM SABOR PARA CRIANÇAS DE 3 A 10 ANOS.

Fórmula pediátrica oral/enteral, em pó, nutricionalmente completa, sem lactose, hipercalórica na diluição padrão, com alto teor de vitaminas e minerais. Para crianças de 1 a 10 anosque estão com dificuldade de manter ou ganhar peso e/ou crescer adequadamente, com restrição de lactose. Embalagem 400g.

SUPLEMENTO NUTRICIONAL PARA CICATRIZAÇÃO – 200ML

Fórmula líquida para nutrição enteral e oral, com alta densidade energética, hiperproteica, adicionado de arginina (1500mg em 100ml). Isento de glúten. Com distribuição calórica de 30 % de proteínas, 45% de carboidratos e 25 % de lipídios. Pronto para consumo, com no mínimo três variedades de sabor. Indicado para pacientes com problemas de cicatrização, como lesões por pressão, lesões crônicas, pé diabético, etc. Apresentação em embalagem com 200 ml.

SUPLEMENTO NUTRICIONAL HIPERPROTEICO EM PÓ SEM SABOR

Suplemento nutricional oral em pó, nutricionalmente completo, hiperproteico. Isento de lactose, sacarose e glúten. Sem sabor. Apresentação: lata com no mínimo 350 gramas. Distribuição energética: 29 a 34% de proteínas, 35 a 48% de carboidratos, 23 a 31% de lipídios.

SUPLEMENTO NUTRICIONAL HIPERCALÓRICO

Fórmula líquida padrão para nutrição oral, hipercalórica, normoproteica (5,5g- 6,5g de proteínas por 100ml). Isenta de lactose e glúten, com osmolaridade entre 300 a 800mOSM/L. Com sabor, pronto para consumo. Apresentação em frasco de 200ml.

ESPESSANTE ALIMENTAR

Espectante em pó instantâneo transparente para alimentos e bebidas, frias ou quentes, isento de cor, sabor, cheiro/odor. Produto indicado para modificar a textura e a consistência dos alimentos à base de goma xantana, sem amido em sua composição. Indicado para pacientes com disfagia. Apresentação: Lata de 125 gramas a 300 gramas.

DIETA ENTERAL LÍQUIDA HIPERCALÓRICA – 1000 ML

Dieta líquida padrão nutricionalmente completa, para nutrição oral / enteral, polimérica, hipercalórica, com 1,5 kcal/ml, e normoprotéica com 5,5 a 6,3 gramas de proteína a cada 100 ml, isenta de sacarose, fibras e glúten. Osmolaridade de 230 a 360 mosm/ kg de água. Apresentação em embalagem de 1000 ML, em sistema aberto ou fechado (por sistema fechado a empresa deverá fornecer sem custos o fracionador para utilização do produto em sistema aberto).

DIETA ENTERAL PADRÃO EM PÓ NORMOCALÓRICA 1.0 KCAL/ML E NORMOPROTÉICA

Fórmula padrão para nutrição oral e enteral em pó, nutricionalmente completa, normocalórica com 1,0 a 1,2 kcal/ml, normoprotéica com 3,5 a 4,5 gramas de proteína a cada 100 ml, com fonte proteica à base de caseinato de cálcio e proteína do soro de leite, polimérica, isenta de glúten. Deve atingir 100% da IDR em 1400 ml de dieta. Com sabor. Apresentação: lata com 400 gramas.

DIETA ENTERAL PARA PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO DIALÍTICO - 200ML

Fórmula líquida nutricionalmente completa, para nutrição oral e enteral, hipercalórica, (2.0 kcal/ml), normoprotéica (aproximadamente 7,5g de proteínas em 100ml), adequadas quantidades de vitaminas A e D, e baixo teor de potássio, sódio e fósforo. Especialmente desenvolvido para pacientes com insuficiência renal em tratamento dialítico, com restrição de eletrólitos e fluidos. Isenta de sacarose e glúten. Pronta para consumo e com sabor. Apresentação em embalagem com 200 ml.

DIETA ENTERAL PARA PACIENTE RENAL NÃO DIALÍTICO - 200ML

Fórmula líquida nutricionalmente completa, para nutrição oral e enteral, hipercalórica, (2.0 kcal/ml), hipoprotéica (3 a 3,3 g de proteínas em 100ml), baixo teor de potássio, sódio e fósforo, isento de sacarose e glúten. Especialmente desenvolvido para pacientes com insuficiência renal aguda ou crônica em tratamento conservador. Distribuição calórica com 6% a 7% de proteína, 51% a 63% de carboidrato e 30% a 43% de lipídios. Deve atingir 100% da IDR em 1000 ml de dieta, exceto fósforo, magnésio, vitamina D. Isenta de sacarose e glúten. Pronta para consumo e com sabor. Apresentação em embalagem com 200 ml.

ANEXO II – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA INFANTIL, SUPLEMENTO NUTRICIONAL E DIETA ENTERAL/ORAL PEDIÁTRICA E ADULTA.

PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo:

Data de nascimento:

INFORMAÇÕES SOBRE DOENÇA

Doença principal:

CID do
Relatório/prontuário:

Há quanto tempo:

Possui úlcera por pressão? () Sim () Não **Locais:**

() Calcânhares () Tornozelos () Quadril () Cóccix () Lombar () Maléolos () Escápulas () Ísquios () Occipital

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Peso(kg) - () atual () estimado _____

Estatura(cm): () atual () estimado _____

Circunferência do braço: _____ Altura do joelho: _____ Perímetro de Panturrilha: _____

Para crianças: P/I _____ E/I _____ P/E _____

IMC(kg/m²):

Diagnóstico nutricional:

ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL

Via de administração da alimentação: () VO () TNE+VO () TNEEXCLUSIVA () TNE+TPP

Via de acesso: Por sonda: () Nasogástrica () Nasoduodenal () Nasojejunal

Por estomia: () Gastrostomia () Jejunostomia

FÓRMULA, SUPLEMENTO, DIETA SOLICITADA/ POSOLOGIA

TEMPO DE TRATAMENTO

PACIENTE SE ENQUADRA NO PROTOCOLO DO MUNICÍPIO? () SIM () NÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do profissional/ Carimbo:

Data

ANEXO III – TERMODE COMPROMISSO

Eu, _____
_____ (nome do (a) usuário ou responsável legal), declaro ter sido informado (a) claramente sobre as condições de fornecimento de fórmulas, suplementos e dietas orais/enterais. Estou de acordo que a fórmula infantil, suplemento nutricional ou dieta enteral/oral pediátrica e adulta **somente pode ser usada por mim, comprometendo-me a devolvê-la caso não queira ou não possa utilizá-la ou se a indicação for interrompida.**

Nestes casos, **estou ciente que a interrupção por qualquer motivo deverá ser comunicada imediatamente a Farmácia Central do Município de Extrema, para que seja feita a exclusão do cadastro do paciente beneficiado** com o fornecimento de fórmula infantil, suplemento nutricional e dieta enteral/oral pediátrica e adulta.

Documento de identificação do usuário ou do responsável legal:

RG: _____

CPF: _____

Nome do usuário ou do responsável legal

Data: _____

ANEXO IV – PADRONIZAÇÃO DAS QUANTIDADES MÁXIMAS A SEREM DISPENSADAS

FÓRMULA INFANTIL	PÚBLICO ALVO	QUANTIDADE MÁXIMA/MÊS
Fórmula nutricional à base de proteína de soja isolada para lactentes de 0 a 12 meses lata 400g	0 a 12 meses	5 UN
Fórmula infantil elementar UN:400g	0 a 12 meses	7UN
Fórmula infantil semielementar UN:400g	0 a 12 meses	7UN

FÓRMULA PEDIÁTRICA ORAL/ENTERAL	PÚBLICO ALVO	QUANTIDADE MÁXIMA/MÊS
Fórmula pediátrica hipercalórica em pó para lactentes de 0 a 36 meses lata: 400g	0 a 36 meses	7 UN COM SONDA INTEGRAL
Fórmula pediátrica oral/enteral hipercalórica em pó sem lactose e sem sabor para crianças de 03 a 10 anos lata: 400g	3 a 10 anos 3 a 10 anos	COM SONDA INTEGRAL 7 UN

ANEXO IV – PADRONIZAÇÃO DAS QUANTIDADES MÁXIMAS A SEREM DISPENSADAS

SUPLEMENTO NUTRICIONAL	PÚBLICO ALVO	QUANTIDADE MÁXIMA/MÊS
Suplemento nutricional para cicatrização - Frasco 200ml	Adultos	60 frascos
Suplemento nutricional hipercalórico – Frasco 200ml	Adultos	30 frascos
Suplemento nutricional hiperproteico em pó sem sabor lata 400g	Adultos	5 UN
Espessante alimentar	Adultos	3UN

DIETA ENTERAL/ORAL	PÚBLICO ALVO	QUANTIDADE MÁXIMA/MÊS
Dieta enteral padrão em pó normocalórica 1.0 kcal/ml e normoprotéica lata	Adultos	5UN COM SONDA INTEGRAL
Dieta enteral para paciente renal em tratamento dialítico –frasco 200ml	Adultos	30UN
Dieta enteral para paciente renal não dialítico – frasco 200ml	Adultos	30UN
Dieta enteral líquida hipercalórica – 1000 ml	Adultos	COM SONDA INTEGRAL SEM SONDA 15UN