



**PREFEITURA MUNICIPAL DE TIBAGI**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
FONE: (42) 3916 2160 FAX: (42) 3916 2161

**PROTOCOLO DE DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS INFANTIS E OUTROS ALIMENTOS  
ESPECIAIS PARA TERAPIA NUTRICIONAL**

**Objetivo do protocolo:**

*Definir diretrizes para dispensação de fórmulas infantis e alimentos especiais para terapia nutricional, garantindo desta maneira o direito humano à uma alimentação adequada e saudável.*

**PRIMEIRA PARTE: DAS FÓRMULAS INFANTIS DE PARTIDA E DE SEGUIMENTO**

É fato que o leite materno, comprovadamente é o melhor alimento a ser oferecido ao lactente durante os seus primeiros seis meses de vida, já que é adequado tanto do ponto de vista nutricional, imunológico e afetivo, e complementado, dos seis aos vinte e quatro meses de idade.

Por isso, o Ministério da Saúde, bem como a Organização Mundial da Saúde, reforçam esta prática, ressaltando que o leite humano imuniza contra várias infecções, em longo prazo, diminui o risco de obesidade e de doenças crônicas recorrentes de uma alimentação inadequada.

Portanto, fica estabelecido, que o aleitamento materno deve ser incentivado e priorizado entre as crianças pelo menos nos seus primeiros doze meses de vida, por todos os profissionais de saúde do município. Àquelas crianças filhas de mães HIV positivas, usuárias de drogas, com doença psiquiátrica grave, e demais situações detalhadas neste protocolo, as quais não seja recomendado o aleitamento materno, ficam asseguradas de receberem fórmulas que procurem se assemelhar ao máximo quanto as suas características nutricionais, já que nenhuma fórmula oferecida poderá se assemelhar em qualidade imunológica e afetiva ao leite materno.

As fórmulas infantis serão dispensadas por tempo determinado nas seguintes doenças ou condições clínicas:

- ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA, em casos que não seja possível a realização de exclusão do leite da alimentação materna: por até 24 meses de idade
- ALERGIA À PROTEÍNA ISOLADA DE SOJA: por até 12 meses de idade
- SITUAÇÃO CLÍNICA MATERNA OU DO LACTENTE QUE CONTRA INDIQUEM A AMAMENTAÇÃO: até seis meses de idade
- CRIANÇAS COM COMPROMETIMENTO NUTRICIONAL: até a melhora do estado nutricional

**CONDIÇÕES EM QUE É CONTRA INDICADA A AMAMENTAÇÃO:**

Doença materna, comprovada através de relatório médico:

- doença psiquiátrica grave
- uso de medicamentos pela mãe que contra indiquem a amamentação, como citotóxicos ou radioativos
- infecção materna por HIV (com relatório médico do ambulatório de DST/AIDS)\*\*

Doença do lactente que podem comprometer a amamentação ou a ingestão, absorção e metabolização dos alimentos:



**PREFEITURA MUNICIPAL DE TIBAGI**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
FONE: (42) 3916 2160 FAX: (42) 3916 2161

- cardiopatia congênita grave
- fenda palatina e/ou lábio leporino
- neuropatia
- doenças metabólicas

CRIANÇAS COM COMPROMETIMENTO NUTRICIONAL:

1. Crianças classificadas em <Escore-z -3 ou Escore-z entre -2 e -3
2. Prematuridade/gemelaridade com sequelas e/ou comprometimento nutricional classificadas em <Escore-z -3 ou Escore-z entre -2 e -3
3. Crianças com doenças congênitas graves com comprometimento nutricional, classificadas com < Escore-z -3 ou Escore-z entre -2 e -3
4. Crianças com alimentação através de sonda

TIPOS DE FÓRMULAS INFANTIS PADRONIZADAS PARA AS CRIANÇAS DISPONIBILIZADAS NO PROGRAMA DE DISPENSAÇÃO:

1. FÓRMULA INFANTIL **DE PARTIDA**, recomendado dos 0 a 6 meses de vida, com probióticos, DHA e ARA. Que não contenha glúten. Que tenha adequação à recomendação do Codex Alimentarius FAO/OMS. Em pó para reconstituição. Lata de 800g.
2. FÓRMULA INFANTIL HIPOALERGÊNICA, à base de proteína extensamente hidrolizada, com triglicérides de cadeia média, DHA e ARA, e nucleotídeos, sem sacarose, sem glúten, sem lactose. Indicado para alergias à PLV e soja, COM DISTÚRBIOS ABSORTIVOS/COM COMPROMETIMENTO GASTROINTESTINAL.
3. FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES E DE SEGUIMENTO para lactentes e/ou crianças de primeira infância destinada a necessidades dietoterápicas específicas com restrição de lactose e À BASE DE AMINOÁCIDOS LIVRES.
4. NUTRIÇÃO COMPLETA E BALANCEADA PARA PEDIATRIA, que seja normocalórica, normoprotéica e normolipídica. Indicado para indivíduos de 1 a 10 anos de idade, que necessitem recuperação e manutenção do estado nutricional. Que seja isento de lactose e glúten. Em embalagem a partir de 380gramas (rendimento de pelo menos 9 porções). Em pó para reconstituição. Sabores aceitos: morango, baunilha, chocolate.

Para o recebimento das fórmulas infantis em questão, o responsável pela criança deve estar ciente de que precisará de um dossiê de documentos comprobatórios, contendo:

1ª Pagina: AVALIAÇÃO ENFERMEIRA: com a negativa de tentativas frustradas de relactação

2ª PÁGINA: AVALIAÇÃO MÉDICO UBS: contendo a condição clínica do lactente e/ou lactante

3ª PÁGINA: AVALIAÇÃO PEDIATRA: contendo CID da condição e indicação de fórmula

4ª PÁGINA: AVALIAÇÃO NUTRICIONISTA: contendo avaliação nutricional e necessidade mensal da fórmula

5ª PÁGINA: AVALIAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL: contendo a avaliação social da família e indicando a



**PREFEITURA MUNICIPAL DE TIBAGI**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
FONE: (42) 3916 2160 FAX: (42) 3916 2161

necessidade de complementaridade de fórmula pelo setor público, indicada em número de latas.  
6ª PÁGINA: TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA DE DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS/DIETAS ESPECIAIS

**SEGUNDA PARTE: DAS DIETAS E FÓRMULAS NUTRICIONAIS**

A má nutrição e/ou o estado nutricional prejudicado do paciente pode influenciar negativamente no seu estado clínico, predispondo a internações frequentes e diminuindo a qualidade de vida do indivíduo. O suporte nutricional, portanto, diminui a probabilidade de comprometimento das funções básicas, melhora a resposta aos tratamentos das doenças de base e em muitos casos aumenta a expectativa de vida do paciente.

SITUAÇÕES indicativas para Terapia Nutricional (oral ou enteral – TNO/TNP):

**Geriatrica** → casos específicos de pacientes idosos com perda grave de peso, ou com diminuição do consumo alimentar, que acarrete em comprometimento do seu estado nutricional e do tratamento de suas comorbidades ou doenças de base.

**Oncologia ou Imunodeprimidos** → casos de doenças em que a falta de apetite ou o baixo consumo alimentar ou ainda, a perda brusca de peso num curto espaço de tempo, comprometam ainda mais a imunidade e/ou o tratamento médico, bem como as atividades da vida diária (A.V.D.).

**Desnutrição aguda ou crônica** → situação de perda grave de peso com ou sem doença de base definida, ou ainda sem diagnóstico, que comprometam as AVD ou ainda, que não mostre melhora do seu tratamento médico instituído.

**Cicatrização** → a grande maioria dos pacientes que estão debilitados e acamados, ou ainda, pacientes cadeirantes ou diabéticos, muitas vezes apresentam úlceras por pressão, ou úlceras varicosas, ou ainda úlcera ou lesão em MMII agravados pelo diabetes. Nestes casos, a imunonutrição utilizada, vem demonstrando significativas melhoras, inclusive com comprovação na comunidade científica internacional.

**Critérios de inclusão do indivíduo no programa de dispensação de dietas especiais:**

- Alimentação através de sonda (SNG, SNE, gastrostomia, jejunostomia)
- Neoplasias
- Doenças alérgicas e imunológicas
- Desnutrição (com avaliação antropométrica e avaliação subjetiva global que comprovem)
- Doenças neurológicas
- Doenças degenerativas
- Distúrbios de absorção de nutrientes

Em todas as situações supracitadas, o paciente deverá apresentar, além do laudo médico com sua situação clínica indicativa, avaliação nutricional do hospital de referência e/ou avaliação



**PREFEITURA MUNICIPAL DE TIBAGI**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
FONE: (42) 3916 2160 FAX: (42) 3916 2161

complementar do nutricionista do NASF do município, além da avaliação social realizada pelo assistente social do NASF do município.

Em suma, o dossiê apresentado deve conter:

1ª PÁGINA: PRESCRIÇÃO MÉDICA OU NUTRICIONAL

2ª PÁGINA: AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

3ª PÁGINA: AVALIAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL

4ª PÁGINA: TERMO DE ADESÃO AO PRGRAMA DE DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS/DIETAS ESPECIAIS

### **Conclusão**

De maneira geral, podemos resumir o quadro de fórmulas e dietas especiais, bem como as situações clínicas condizentes com cada tipo de dieta:

<b>SITUAÇÃO</b>	<b>DESCRIÇÃO BÁSICA DO PRODUTO</b>
Desnutrição Oncologia Geriatría	Nutrição completa, normocalórica, normoprotéica, normolipídica, normoglicídica.
Oncologia Desnutrição grave/Perda de massa muscular	Fórmula especializada, hipercalórica (25% de proteínas), enriquecida de zinco e L-leucina, isento de sabor, isento de sacarose e isento de glúten.
Diabetes adulto + Desnutrição/Caquexia/Perda de Peso Grave	Nutrição completa, normocalórica, normoprotéica, normolipídica, normoglicídica, formulado para auxílio do controle glicêmico.
Cicatrização Recuperação da Imunidade Adjuvante na diarreia aguda e crônica Queimados	Nutrição completa, formulado com arginina, nucleotídeos e ácidos graxos ômega 3. Normocalórico e hiperprotéico.
Pediatria – baixa ingesta alimentar, oncologia, pré e pós operatório	Nutrição completa para pediatria
Bebês de 0 a 6 meses de idade, sem alergias alimentares	FÓRMULA INFANTIL <b>DE PARTIDA</b> , recomendado dos 0 a 6 meses de vida, enriquecido com ferro e com adição de LCPUFAS. Que tenha adequação à recomendação do Codex Alimentarius FAO/OMS. Que não contenha glúten. Em pó para



**PREFEITURA MUNICIPAL DE TIBAGI**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
FONE: (42) 3916 2160 FAX: (42) 3916 2161

	reconstituição.
Bebês de 0 a 6 meses de idade com intolerância à lactose e/ou alergia à proteína do leite	FÓRMULA INFANTIL NÃO LÁCTEA, <b>de partida</b> (de 0 a 6 meses de vida), para bebês com intolerância à lactose e/ou alergia à proteína do leite de vaca. Que não contenha glúten. Em pó para reconstituição
Bebês de 0 a 12 meses, com necessidades especiais de alimentação	Fórmula infantil hipoalergênica, à base de proteína extensamente hidrolizada, com triglicerídeos de cadeia média, DHA e ARA, e nucleotídeos, sem sacarose, sem glúten, sem lactose. Indicado para alergias à PLV e soja, com distúrbios absorptivos/com comprometimento gastrointestinal.
Bebês de 0 a 12 meses, com necessidades especiais de alimentação	Fórmula infantil para lactentes e de seguimento para lactentes e/ou crianças de primeira infância destinada a necessidades dietoterápicas específicas com restrição de lactose e à base de aminoácidos livres.

ANEXO 1 – PROTOCOLO DE DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS INFANTIS

<b>Protocolo nº</b> _____		
<b><u>FICHA DE SOLICITAÇÃO DE DIETA ESPECIAL</u></b>		
Nome completo do paciente: _____		
DN	CNS	RG/CPF
Telefone	RESPONSÁVEL PELO CADASTRO/CUIDADOR	
ENDEREÇO _____		
Fórmula/Dieta/Suplemento solicitado: _____		
Patologia/CID _____		
Prescritor: _____		



**PREFEITURA MUNICIPAL DE TIBAGI**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
FONE: (42) 3916 2160 FAX: (42) 3916 2161

Tibagi, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

**FÓRMULAS INFANTIS:**

**1ª Pagina: AVALIAÇÃO ENFERMEIRA**

O (a) menor \_\_\_\_\_ com \_\_

\_\_\_\_\_ de idade, passa por avaliações de puericultura nesta UBS e,

( ) vem apresentando baixo ganho de peso/estatura há \_\_\_\_\_ semanas, e necessita de avaliação médica para averiguar necessidade de complementação do leite materno.

( ) vem apresentando alterações gastrintestinais e/ou respiratórias e/ou cutâneas há \_\_  
\_\_\_\_\_ semanas, e necessita avaliação médica para averiguar se faz-se necessário substituição do LM por fórmula infantil apropriada.

( ) não vem recebendo fornecimento adequado de leite materno, por problemas maternos, e necessita de avaliação, bem como de sua mãe, para averiguar a necessidade ou não de utilização de fórmula infantil. Obs. Importantes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

( ) apresenta cardiopatia congênita grave

( ) apresenta fenda palatina e/ou lábio leporino

( ) apresenta neuropatia

( ) apresenta doenças metabólicas

( ) Prematuridade/gemelaridade com sequelas e/ou comprometimento nutricional classificadas em <Score-z -3 ou Score-z entre -2 e -3

( ) Está em uso de alimentação através de sonda

Para tanto, solicito parecer do médico da UBS.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo da enfermeira



**PREFEITURA MUNICIPAL DE TIBAGI**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
FONE: (42) 3916 2160 FAX: (42) 3916 2161

**2ª PÁGINA: AVALIAÇÃO MÉDICO UBS**

O (a) menor \_\_\_\_\_ com \_\_\_\_\_ de idade, passou por avaliação, e necessita de fórmula infantil para alimentação/complementação, pois se enquadra nos critérios:

( ) ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA ou outra ainda não identificada

( ) SITUAÇÃO CLÍNICA MATERNA QUE CONTRA INDICA A AMAMENTAÇÃO:

( ) doença psiquiátrica grave. Qual? \_\_\_\_\_

( ) uso de medicamentos pela mãe que contra indiquem a amamentação, como citotóxicos ou radioativos. Qual? \_\_\_\_\_

( ) Relatório médico do ambulatório de DST/AIDS\*\*

( ) CRIANÇAS COM COMPROMETIMENTO NUTRICIONAL: Doença do lactente que podem comprometer a amamentação ou a ingestão, absorção e metabolização dos alimentos:

( ) cardiopatia congênita grave

( ) fenda palatina e/ou lábio leporino

( ) neuropatia

( ) doenças metabólicas

( ) Crianças classificadas em <Escore-z -3 ou Escore-z entre -2 e -3

( ) Prematuridade/gemelaridade com sequelas e/ou comprometimento nutricional classificadas em <Escore-z -3 ou Escore-z entre -2 e -3

( ) Crianças com doenças congênitas graves com comprometimento nutricional, classificadas com < Escore-z -3 ou Escore-z entre -2 e -3

( ) Crianças com alimentação através de sonda

Para avaliar adequadamente a fórmula infantil para este caso, solicito avaliação com:

( ) pediatra ( ) gastropediatra ( ) endócrinopediatra ( ) imunologista







**PREFEITURA MUNICIPAL DE TIBAGI**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
FONE: (42) 3916 2160 FAX: (42) 3916 2161

**4ª PÁGINA: AVALIAÇÃO NUTRICIONISTA**

Data da avaliação/visita: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**Problemas de:** 1. Deglutição: ( ) sim ( ) não 2. Sucção: ( ) sim ( ) não

3. Vômitos: ( ) sim ( ) não 4. Inapetência: ( ) sim ( ) não

6. Diarréia: ( ) sim ( ) não 7. Constipação: ( ) sim ( ) não

Hábito intestinal: Frequência: \_\_\_\_\_ Consistência: \_\_\_\_\_ Obs.: \_\_\_\_\_

**Alimentação:**

Via: ( ) VO ( ) sonda: \_\_\_\_\_

Se sonda: Dieta oferecida/prescrita: \_\_\_\_\_

Volume: \_\_\_\_\_ Fracionamento: \_\_\_\_\_ Gotejamento: \_\_\_\_\_

Mama no peito: ( ) sim ( ) não

Fórmula infantil: ( ) sim ( ) não

Peso atual: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Classificação: P/I \_\_\_\_\_ E/I \_\_\_\_\_

**Diagnóstico nutricional:**

( ) desnutrição leve ( ) desnutrição moderada ( ) desnutrição grave

( ) eutrofia ( ) excesso de peso ( ) obesidade

NED: \_\_\_\_\_ kcal VCT: \_\_\_\_\_ kcal

Fórmula prescrita: \_\_\_\_\_

Volume por horário: \_\_\_\_\_ Fracionamento: \_\_\_\_\_ Horários: \_\_\_\_\_

Necessidade mensal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**PREFEITURA MUNICIPAL DE TIBAGI**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
FONE: (42) 3916 2160 FAX: (42) 3916 2161

Assinatura e carimbo do nutricionista

**5ª PÁGINA: AVALIAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL**

Nome: \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Ponto de referência: \_\_\_\_\_

Cuidador: \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

**Avaliação Sócio-Econômica Familiar**

Composição familiar	Parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Renda
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
Número de membros: 1 – de 1 a 2 membros 2 – de 3 a 4 membros 3 – de 5 a 7 membros 0 – acima de 7 membros			6 – superior 1 – de 1ª a 4ª 2 – de 5ª a 8ª 0 – analfabeto ou semianalfabeto	10 – empresário 7 – nível médio 3 – nível fund. 2 – com vínculo 1 – aposentado 0 – desempregado	Renda total: Renda per capita: 7 – 35 a 60 SM 5 – 16 a 35 SM 3 – 06 a 15 SM 2 – 3 a 5 SM 1 – < 2 SM 0 – sem renda

**Avaliação do Grau de Vulnerabilidade em que a Família está inserida**

Condições habitacionais	Tipo de habitação	Infra-Estrutura	Saúde da Família	
8 - ( ) Própria	( ) madeira	( ) rua asfaltada	Posto de saúde mais próximo?	
0 - ( ) Cedida. Quem?	( ) alvenaria	( ) energia elétrica. Valor?	Recebe visita ACS	( ) sim ( ) não
3 - ( ) Alugada. Valor?	( ) mista	( ) Água encanada. Valor?	Membros em idade escolar, estão	( ) sim ( ) não



**PREFEITURA MUNICIPAL DE TIBAGI**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
FONE: (42) 3916 2160 FAX: (42) 3916 2161

5 - ( ) Financiada, Valor? ( ) pré moldado ( ) outros:	( ) Esgoto Alimentação: R\$ Medicamentos: R\$ Gás: R\$ Acomodações: ( ) suficientes ( ) insuficientes	matriculados? CMEI, conseguiu vaga? Alguém com problemas de álcool ou drogas? Fumantes? Uso de medicamentos contínuos	( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não
<b>ADULTO</b>		<b>CRIANÇA</b>	
Possui plano de saúde? ( ) sim ( ) não Qual?	Mãe fez pré Natal? ( ) sim ( ) não		
Fez alguma cirurgia? ( ) sim ( ) não	Parto? ( ) normal ( ) cesárea ( ) SUS		
Realiza Quimioterapia? ( ) sim ( ) não	Realiza puericultura pela rede de atenção básica? ( ) sim ( ) não		
Possui alguma doença crônica? ( ) sim ( ) não Qual?	Possui plano de saúde? ( ) sim ( ) não Qual?		
Qual o médico que acompanha o paciente?	Já esteve internado? ( ) sim ( ) não		
Qual a nutricionista que acompanha o paciente?	Fez alguma cirurgia? ( ) sim ( ) não		
Prescrição necessitada?	Fez algum exame que comprove a alergia? ( ) sim ( ) não ( ) SUS		
Observações:	Qual o médico que acompanha o paciente?		
	Qual a nutricionista que acompanha o paciente?		
	Prescrição necessitada?		

**Total de pontos:**

- ( ) Vulnerabilidade alta = de 0 a 5 pontos = 100%  
( ) Vulnerabilidade média = 6 a 10 pontos = 80%  
( ) Vulnerabilidade baixa = 11 a 17 pontos = 50%  
( ) Vulnerabilidade básica = acima de 18 pontos = 30%  
( ) Fora dos critérios = 0%

**TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA DE DISPENSAÇÃO DE FORMULAS INFANTIS E DIETAS (PDFID)**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, responsável por \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, abri o processo nº \_\_\_\_\_ solicitando a fórmula/dieta especial \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li e concordo com os termos abaixo citados.

1. O recebimento da fórmula/dieta está **necessariamente vinculado** à uma avaliação multiprofissional e **receita médica e nutricional** podendo estes serem oriundos de um centro de Especialidades Médicas privadas ou dos profissionais vinculados ao SUS ou à Secretaria Municipal de Saúde de Tibagi.
2. As fórmulas e dietas são dispensadas de acordo com as **especificações técnicas dos produtos e não pelo nome comercial prescrito**, podendo, durante o tratamento,



**PREFEITURA MUNICIPAL DE TIBAGI**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
FONE: (42) 3916 2160 FAX: (42) 3916 2161

apresentar nomes comerciais diferentes, porém, com garantia de similaridade (lei 8666/1993), e sempre estarão adequadas à doença de base.

3. O tipo e a quantidade de fórmulas/dietas dispensadas poderão a qualquer momento sofrer alterações, acréscimos, reduções ou suspensões dependendo da evolução do paciente após avaliação clínica e do estoque disponível na Secretaria Municipal de Saúde.
4. A entrega dos produtos acontecerá entre os dias \_\_\_\_\_ de cada mês, no Almoarifado da Secretaria Municipal de Saúde de Tibagi.
5. **Não é permitida**, em hipótese alguma, **a comercialização ou doação** das fórmulas/dietas concedidas pelo Programa de Dispensação (PDFID). Caso esta irregularidade seja confirmada, o paciente automaticamente será desligado do programa.
6. O fornecimento de dietas e fórmulas deverá ser mediante a **renovação trimestral da avaliação e prescrição**. A não renovação acarretará cancelamento do processo.
7. No caso de não aceitação e/ou adaptação pela criança da fórmula fornecida, o responsável deverá devolver as latas restantes na Secretaria Municipal de Saúde, e entende que será de sua responsabilidade a aquisição de outra marca.
8. Quando houver necessidade de internamento hospitalar, o responsável pelo paciente deverá comunicar a equipe (Almoarifado), e durante este período ficará suspenso o fornecimento da dieta/fórmula, sendo responsabilidade da instituição.
9. A mudança de cidade implicará na suspensão imediata da fórmula/dieta.
10. Caso a dieta não seja retirada por 2 meses consecutivos, sem justificativa, resultará no cancelamento do fornecimento do produto.
11. Caso ocorra atraso por parte da secretaria de Saúde em fornecer o benefício, o responsável será avisado por telefone pelos responsáveis pelo PFDIF

Estou ciente de que o benefício não é vitalício, tendo portanto, data de início e de fim para sua entrega.

Estou ciente que preciso manter atualizados dados como telefone e endereço do paciente e responsável.

Estou ciente que a liberação integral ou parcial da quantidade de fórmula solicitada e calculada pelo nutricionista, ainda depende da avaliação social, e que, em caso de fornecimento parcial, sou responsável pela aquisição da quantidade faltante, para garantir o tratamento adequado do



**PREFEITURA MUNICIPAL DE TIBAGI**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
FONE: (42) 3916 2160 FAX: (42) 3916 2161

paciente.

De acordo,

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do responsável (em letras de forma): \_\_\_\_\_

CPF do responsável: \_\_\_\_\_

Responsável pela abertura do protocolo (servidor do município): \_\_\_\_\_

Tibagi, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

ANEXO 2 – DISPENSAÇÃO DE DIETAS E/OU SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS

<b>Protocolo nº</b> _____		
<b>FICHA DE SOLICITAÇÃO DE DIETA ESPECIAL</b>		
Nome completo do paciente: _____		
DN	CNS	RG/CPF
Telefone	RESPONSÁVEL PELO CADASTRO/CUIDADOR _____	
ENDEREÇO _____		
Fórmula/Dieta/Suplemento solicitado: _____		
Patologia/CID _____		
Prescritor: _____		
Tibagi, _____ de _____ de 20 _____.		



**PREFEITURA MUNICIPAL DE TIBAGI**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
FONE: (42) 3916 2160 FAX: (42) 3916 2161

**SUPLEMENTOS E DIETAS**

**1ª PÁGINA: PRESCRIÇÃO MÉDICA OU NUTRICIONAL**

Data da avaliação/visita domiciliar: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**CID:** \_\_\_\_\_

Comorbidades: ( ) DM ( ) HAS ( ) Outras: \_\_\_\_\_

Peso usual (há 3 meses): \_\_\_\_\_ **Peso atual:** ( ) aferido ( ) estimado (Chumlea, 1988) **Perda de peso:**  
\_\_\_\_\_ **kg** **%PP:** \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ ( ) aferido ( ) estimado (Chumlea, 1985) **IMC:** \_\_\_\_\_ **kg/m<sup>2</sup>**

Suplemento/dieta indicada: \_\_\_\_\_

\*Se nutricionista: NED: \_\_\_\_\_ VCT: \_\_\_\_\_

\*Se médico:

Solicito avaliação complementar do nutricionista do NASF para o paciente supracitado, para estimativa das necessidades energéticas diárias.

Solicito ainda, avaliação social do mesmo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura médico e carimbo

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo nutricionista

(COLE AQUI A CÓPIA DA RECEITA DE ALTA VINDA DO HOSPITAL)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE TIBAGI**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
FONE: (42) 3916 2160 FAX: (42) 3916 2161

**2ª PÁGINA: AVALIAÇÃO NUTRICIONAL**

Data da avaliação/visita domiciliar: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Comorbidades: ( ) DM ( ) HAS ( ) Outras: \_\_\_\_\_

**Problemas de:** 1. Mastigação: ( ) sim ( ) não 2. Deglutição: ( ) sim ( ) não

3. Náuseas: ( ) sim ( ) não 4. Vômitos: ( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_

5. Disgeusia: ( ) sim ( ) não 6. Odinofagia ( ) sim ( ) não

7. Inapetência: ( ) sim ( ) não 8. Dor abdominal: ( ) sim ( ) não

9. Diarréia: ( ) sim ( ) não 10. Constipação: ( ) sim ( ) não

**Alimentação sofreu alteração de consistência nas últimas semanas** ( ) sim ( ) não

Consistência atual: ( ) líquida ( ) líquida liquidificada ( ) pastosa ( ) branda

**Via de administração:** ( ) VO ( ) sonda: \_\_\_\_\_

Dieta oferecida/prescrita: \_\_\_\_\_

Volume: \_\_\_\_\_ Fracionamento: \_\_\_\_\_ Gotejamento: \_\_\_\_\_

Peso usual (há 3 meses): \_\_\_\_\_ **Peso atual:** ( ) aferido ( ) estimado (Chumlea, 1988)

Estatura: ( ) aferido ( ) estimado (Chumlea, 1985) AJ: \_\_\_\_\_

PCT: \_\_\_\_\_ PCB: \_\_\_\_\_ PCSE: \_\_\_\_\_ CB: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

IMC: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup> **Perda de peso:** \_\_\_\_\_ kg **%PP:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico nutricional:**

( ) desnutrição leve ( ) desnutrição moderada ( ) desnutrição grave

( ) eutrofia ( ) excesso de peso ( ) obesidade

**NED:** \_\_\_\_\_ kcal **VCT:** \_\_\_\_\_ kcal

**Dieta prescrita:** \_\_\_\_\_

**Volume por horário:** \_\_\_\_\_ **Fracionamento:** \_\_\_\_\_ **Gotejamento:** \_\_\_\_\_

**Horários:** \_\_\_\_\_

**Necessidade mensal:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do nutricionista



**PREFEITURA MUNICIPAL DE TIBAGI**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
 FONE: (42) 3916 2160 FAX: (42) 3916 2161

**3ª PÁGINA: AVALIAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL**

Nome: \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Ponto de referência: \_\_\_\_\_

Cuidador: \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

**Avaliação Sócio-Econômica Familiar**

Composição familiar	Parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Renda
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
Número de membros:  1 – de 1 a 2 membros 2 – de 3 a 4 membros 3 – de 5 a 7 membros 0 – acima de 7 membros			6 – superior 1 – de 1ª a 4ª 2 – de 5ª a 8ª 0 – analfabeto ou semianalfabeto	10 – empresário 7 – nível médio 3 – nível fund. 2 – com vínculo 1 – aposentado 0 - desempregado	Renda total: Renda per capta:  7 – 35 a 60 SM 5 – 16 a 35 SM 3 – 06 a 15 SM 2 – 3 a 5 SM 1 - < 2 SM 0 – sem renda

**Avaliação do Grau de Vulnerabilidade em que a Família está inserida**

Condições habitacionais	Tipo de habitação	Infra-Estrutura	Saúde da Família	
8 - ( ) Própria 0 - ( ) Cedida. Quem? 3 - ( ) Alugada. Valor? 5 - ( ) Financiada, Valor?	( ) madeira ( ) alvenaria ( ) mista ( ) pré moldado ( ) outros:	( ) rua asfaltada ( ) energia elétrica. Valor? ( ) Água encanada. Valor? ( ) Esgoto Alimentação: R\$ Medicamentos: R\$ Gás: R\$ Acomodações: ( ) suficientes ( ) insuficientes	Posto de saúde mais próximo? Recebe visita ACS Membros em idade escolar, estão matriculados? CMEI, conseguiu vaga? Alguém com problemas de álcool ou drogas? Fumantes? Uso de medicamentos contínuos	( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não ( ) sim ( ) não
<b>ADULTO</b>		<b>CRIANÇA</b>		
Possui plano de saúde? ( ) sim ( ) não Qual?		Mãe fez pré Natal? ( ) sim ( ) não		
Fez alguma cirurgia? ( ) sim ( ) não		Parto? ( ) normal ( ) cesárea ( ) SUS		
Realiza Quimioterapia? ( ) sim ( ) não		Realiza puericultura pela rede de atenção básica? ( ) sim ( ) não		
Possui alguma doença crônica? ( ) sim ( ) não Qual?		Possui plano de saúde? ( ) sim ( ) não Qual?		
Qual o médico que acompanha o paciente?		Já esteve internado? ( ) sim ( ) não		
Qual a nutricionista que acompanha o paciente?		Fez alguma cirurgia? ( ) sim ( ) não		
Prescrição necessitada?		Fez algum exame que comprove a alergia? ( ) sim ( ) não		





**PREFEITURA MUNICIPAL DE TIBAGI**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
FONE: (42) 3916 2160 FAX: (42) 3916 2161

	( ) SUS
Observações:	Qual o médico que acompanha o paciente?
	Qual a nutricionista que acompanha o paciente?
	Prescrição necessitada?

Total de pontos:

( ) Vulnerabilidade alta = de 0 a 5 pontos = 100%

( ) Vulnerabilidade média = 6 a 10 pontos = 80%

( ) Vulnerabilidade baixa = 11 a 17 pontos = 50%

( ) Vulnerabilidade básica = acima de 18 pontos = 30%

( ) Fora dos critérios = 0%

**TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA DE DISPENSAÇÃO DE FORMULAS INFANTIS E DIETAS (PDFID)**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, responsável por \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, abri o processo nº \_\_\_\_\_ solicitando a fórmula/dieta especial \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li e concordo com os termos abaixo citados.

1. O recebimento da fórmula/dieta está **necessariamente vinculado** à uma avaliação multiprofissional e **receita médica e nutricional** podendo estes serem oriundos de um centro de Especialidades Médicas privadas ou dos profissionais vinculados ao SUS ou à Secretaria Municipal de Saúde de Tibagi.
2. As fórmulas e dietas são dispensadas de acordo com as **especificações técnicas dos produtos e não pelo nome comercial prescrito**, podendo, durante o tratamento, apresentar nomes comerciais diferentes, porém, com garantia de similaridade (Lei 8666/1993), e sempre estarão adequadas à doença de base.
3. O tipo e a quantidade de fórmulas/dietas dispensadas poderão a qualquer momento sofrer alterações, acréscimos, reduções ou suspensões dependendo da evolução do paciente após avaliação clínica e do estoque disponível na Secretaria Municipal de Saúde.
4. A entrega dos produtos acontecerá entre os dias \_\_\_\_\_ de cada mês, no Almoarifado da Secretaria Municipal de Saúde de Tibagi.
5. **Não é permitida**, em hipótese alguma, a **comercialização ou doação** das fórmulas/dietas concedidas pelo Programa de Dispensação (PDFID). Caso esta irregularidade seja confirmada, o paciente automaticamente será desligado do programa.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE TIBAGI**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
FONE: (42) 3916 2160 FAX: (42) 3916 2161

6. O fornecimento de dietas e fórmulas deverá ser mediante a **renovação trimestral da avaliação e prescrição**. A não renovação acarretará cancelamento do processo.
7. No caso de não aceitação e/ou adaptação pela criança da fórmula fornecida, o responsável deverá devolver as latas restantes na Secretaria Municipal de Saúde, e entende que será de sua responsabilidade a aquisição de outra marca.
8. Quando houver necessidade de internamento hospitalar, o responsável pelo paciente deverá comunicar a equipe (Almoxarifado), e durante este período ficará suspenso o fornecimento da dieta/fórmula, sendo responsabilidade da instituição.
9. A mudança de cidade implicará na suspensão imediata da fórmula/dieta.
10. Caso a dieta não seja retirada por 2 meses consecutivos, sem justificativa, resultará no cancelamento do fornecimento do produto.
11. Caso ocorra atraso por parte da secretaria de Saúde em fornecer o benefício, o responsável será avisado por telefone pelos responsáveis pelo PFDIF

Estou ciente de que o benefício não é vitalício, tendo portanto, data de início e de fim para sua entrega.

Estou ciente que preciso manter atualizados dados como telefone e endereço do paciente e responsável.

Estou ciente que a liberação integral ou parcial da quantidade de fórmula solicitada e calculada pelo nutricionista, ainda depende da avaliação social, e que, em caso de fornecimento parcial, sou responsável pela aquisição da quantidade faltante, para garantir o tratamento adequado do paciente.

De acordo,

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do responsável (em letras de forma): \_\_\_\_\_

CPF do responsável: \_\_\_\_\_

Responsável pela abertura do protocolo (servidor do município): \_\_\_\_\_



**PREFEITURA MUNICIPAL DE TIBAGI**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
FONE: (42) 3916 2160 FAX: (42) 3916 2161

Tibagi, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

ESTE PROTOCOLO FOI SUBMETIDO AO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, NESTA DATA E TEM SEU ACEITE.

SEGUE ASSINADO PELOS MEMBROS DO CORO DE HOJE:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Tibagi, 25 de agosto de 2022.