



ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde – SES/SC
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação - SUR
Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – ATPCD
Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomias

ANEXO X – LARINGE ELETRÔNICA

Este encaminhamento deverá ser preenchido por **médico ou fonoaudiólogo do CACON/UNACON** para abertura do processo para o Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com Estomias. O usuário deverá entregar este formulário na Secretaria Municipal de referência, acompanhado dos seguintes documentos: cópia do RG, CPF, comprovante de residência, Cartão Nacional de Saúde.

<p>1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO: NOME: _____ _____ D.N: ____/____/____ TELEFONE: () _____ CNS: _____</p>
<p>2. HISTÓRICO DA LARINGECTOMIA: CAUSA INDICADORA: () CID 32.0 () CID 32.1 () CID 32.2 () CID 32.8 () CID 32.9 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA LARINGECTOMIA: HOSPITAL: _____ MUNICÍPIO: _____ NOME DO MÉDICO CIRURGIÃO: _____ DATA DA REALIZAÇÃO DA LARINGECTOMIA: ____/____/____</p>
<p>3. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 3.1 MÉDICO/FONOAUDIÓLOGO DO CACON/UNACON: _____ 3.2 HOSPITAL (nome, carimbo, marca d'água): _____</p>
<p>4. OBSERVAÇÕES:</p>

OBS: A laringe eletrônica deverá ser entregue somente no CACON/UNACON de referência do usuário.

DATA: ____/____/____

Carimbo e assinatura do profissional