



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

INSTRUÇÃO NORMATIVA SSP Nº 01/2020 - Versão I

Unidade Responsável: Secretaria Municipal de Saúde

Unidade Executora: Assessoria Jurídica, Farmácia de Ação Judicial, Atenção à Saúde e Departamento de Ações Programáticas.

Dispõe sobre o protocolo de dispensação de fórmulas nutricionais especiais no Município de Rondonópolis/MT, nos casos judicializados.

O RESPONSÁVEL PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, de acordo com as necessidades demandadas; e:

Considerando que a legislação brasileira (Lei Federal 8080/90) explicita a alimentação como um dos fatores condicionantes da saúde (Artigo. 3º, caput), estabelece como uma das atribuições específicas do SUS a vigilância nutricional e orientação alimentar (Art. 6º) e dispõe sobre as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) (Art. 7º);

Considerando a Nota Técnica n.º 84/2010 da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição/ Departamento de Atenção Básica/ Secretaria de Atenção a Saúde/ Ministério da Saúde, CGPAN/DAB/SAS/MS, que descreve que o Sistema Único de Saúde – SUS não dispõe de programa para dispensação de Leites Especiais e Dietas Enterais e não possui legislação ou protocolo específico para esta questão, sendo necessário que o assunto seja avaliado pelas três esferas de gestão do sistema no sentido de estabelecer políticas que orientem a solução de demandas como esta a curto, médio e longo prazo;

Considerando que o artigo 196, da Constituição Federal (1988) preconiza que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”;

Considerando o artigo 197, da Constituição Federal (1988), estabelece que “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da

[Handwritten signature]



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle”;

Considerando a necessidade de estimular o aleitamento materno exclusivo até 06 meses de vida, e posteriormente até aos 24 meses de idade, de forma complementar, mesmo na criança portadora de Alergia Alimentar ou Intolerante à lactose, tentando mantê-la o maior tempo possível em aleitamento, por meio de orientação nutricional adequada aos pais;

Considerando o Relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias – CONITEC (2014): recomenda a incorporação das fórmulas nutricionais para necessidades dietoterápicas específicas indicadas para crianças com alergia à proteína do leite de vaca;

Considerando a necessidade de racionalizar a oferta de fórmulas nutricionais especiais pelo Município de Rondonópolis, em razão do grande número de fórmulas nutricionais colocadas à disposição dos prescritores pela indústria farmacêutica;

Considerando a necessidade de padronizar, dentro de princípios éticos, a variabilidade da prescrição, especialmente quanto ao uso racional de fórmulas nutricionais especiais;

Considerando a necessidade de acompanhamento adequado dos pacientes com diagnóstico confirmado de alergias e intolerâncias alimentares;

Considerando a necessidade de oferecer aos usuários de forma regular e contínua, um elenco de fórmulas nutricionais especiais definidas de acordo com rigorosos critérios técnicos e científicos, estudos de medicina baseada em evidências clínicas, para o atendimento das necessidades nutricionais mais prevalentes ou de maior demanda;

RESOLVE:

Art. 1º Implantar o Programa Municipal de Fornecimento de Fórmulas Nutricionais Especiais no Município de Rondonópolis – MT, definir e aprovar o Protocolo de Avaliação (Anexo I), Fornecimento (Anexo II), Acompanhamento e Tratamento (Anexo III) para usuários de Fórmulas Nutricionais Especiais excepcionalmente dos casos judicializados.

Art. 2º Aprovar o elenco de Fórmulas Nutricionais Especiais presente no Protocolo que poderão ser dispensadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Rondonópolis – MT, em obediência a determinações judiciais (Anexo IV).



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

TÍTULO I DA ABRANGÊNCIA

Art. 3º Abrange todas as unidades da estrutura organizacional da Secretária Municipal de Saúde, responsáveis pela execução e acompanhamento do referido programa.

TÍTULO II DOS CONCEITOS

Art. 4º Para efeito desta Instrução Normativa foram adotadas as seguintes definições:

I - DIETA: Regime alimentar com ingestão de alimentos que se faz visando preencher as necessidades do indivíduo sadio ou enfermo, com inclusão ou exclusão de determinados alimentos.

II - NUTRIÇÃO ENTERAL: Forma de alimentação para pacientes que não devem ou conseguem se alimentar por via oral (boca).

III - NUTRIÇÃO PARENTERAL: Oferta de nutrição por via parenteral (venosa), central ou periférica, realizada quando o trato gastrointestinal está indisponível ou quando a necessidade nutricional não pode ser atendida de forma completa pelo trato gastrointestinal (via oral/enteral).

IV - FÓRMULAS DE PARTIDA: Satisfaz às necessidades de crianças menores de seis meses.

V - FÓRMULAS DE SEGMENTO: Indicadas para alimentação a partir do 6º mês até doze meses de idade incompletos.

VI - SUPLEMENTO ALIMENTAR: Produto para ingestão oral, apresentado em formas farmacêuticas, destinado a suplementar a alimentação de indivíduos saudáveis com nutrientes, substâncias bioativas, enzimas ou probióticos, isolados ou combinados.

VII - SUBSTÂNCIA BIOATIVA: Nutriente ou não nutriente consumido normalmente como componente de um alimento, que possui ação metabólica ou fisiológica específica no organismo humano.

VIII - PROBIÓTICO: micro-organismo vivo que, quando administrado em



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

quantidades adequadas, confere um benefício à saúde do indivíduo.

CAPÍTULO I DAS SIGLAS

Art. 5º Para efeito desta Instrução Normativa foram adotadas as seguintes siglas:

I - SUS: Sistema Único de Saúde

II - OMS: Organização Mundial da Saúde

III - CGPLAN: Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição

IV - DAB: Departamento de Atenção Básica

V - SAS: Secretaria de Atenção à Saúde

VI - MS: Ministério da Saúde

VII - CONITEC: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias

VIII - RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

IX - ESF: Estratégia Saúde da Família

X - NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família

XI - SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

XII - IMC: Índice de Massa Corpórea

XIII - CID: Código Internacional de Doenças

XIV - APLV: Alergia à Proteína de Leite de Vaca

XV - HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

XVI - IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis

XVII - IgE: Imunoglobulina E

XVIII - TPO: Teste de Provocação Oral

XIX - LV: Leite de Vaca.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

TÍTULO III DAS RESPONSABILIDADES

Art. 6º São responsabilidades da Unidade Responsável:

- I - Implantar o Programa Municipal de Fornecimento de Fórmulas Nutricionais Especiais;
- II - Estabelecer elenco de fórmulas nutricionais especiais;
- III - Promover a publicação e a implementação desta Instrução Normativa;
- IV - Divulgar a Instrução Normativa;
- V - Orientar as Unidades Executoras e mantê-las atualizadas quanto à aplicação da Instrução Normativa.

Art. 7º São responsabilidades da Unidade Executora:

- I - Avaliar o enquadramento dos pacientes de acordos com os protocolos da Instrução Normativa;
- II - Disponibilizar a quantidade mensal dos insumos para os pacientes de acordo com os princípios do programa;
- III - Acompanhar os pacientes assistidos pelo programa;
- IV - Emitir relatórios de acompanhamento dos pacientes encaminhando cópia para apreciação do poder judiciário;
- V - Orientar sobre os benefícios da alimentação saudável e o aleitamento materno respeitando as especificidades de cada paciente.

TÍTULO IV CRITÉRIOS PARA ATENDIMENTO DO PROGRAMA

Art. 8º A concessão do benefício previsto neste regulamento será feito aos usuários com diagnóstico condizente conforme Código Internacional de Doenças (CID), bem como de acordo



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

com a necessidade de utilização de fórmulas e suplementos especiais, seguindo o princípio da equidade do SUS definidos em Lei, exclusivamente nas demandas judicializadas, bem como cumulativamente para pacientes residentes em Rondonópolis/MT.

Art. 9º Serão critérios para dispensação de fórmulas nutricionais para adolescentes e adultos no respectivo programa:

- a) Alimentação através de sonda;
- b) Doenças alérgicas ou imunológicas;
- c) Neoplasia;
- d) Doença do esôfago;
- e) Desnutrição;
- f) Doenças neurológicas;
- g) Doenças degenerativas;
- h) Distúrbios de absorção de nutrientes.

Art. 10 Todo o expediente judicial de solicitação ou de determinação judicial de fórmulas nutricionais especiais (dietas enterais, fórmulas infantis e/ou suplementos alimentares) dirigidos à Secretaria Municipal de Saúde, encaminhada à Assessoria Jurídica, deverá ser instruída com a documentação abaixo relacionada:

I - Cópia legível do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS) do usuário;

II - Comprovante de residência atualizado (mês atual ou no máximo mês anterior), em nome do paciente, cônjuge, descendente ou ascendente. Caso resida de aluguel, anexar cópia autenticada do contrato de aluguel;

III - Prescrição médica/nutricional original e atualizada (será considerada prescrição com no máximo 30 dias), de forma legível, escrita a mão ou digitada em computador, datada, assinada e carimbada pelo prescritor (médico ou nutricionista), vinculado à rede de serviços públicos no âmbito municipal, que comprove a necessidade do uso da fórmula, contendo:

- a) Nome do usuário;



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

- b) Descrição das características da composição nutricional das fórmulas nutricionais especiais, sem indicação de marca;
- c) Apresentação (tipo de recipiente, volume);
 - c.1. Posologia;
 - c.2. Tempo de duração do tratamento com o produto (não será considerado o termo “por tempo indeterminado”);
 - c.3. Quantidade da fórmula prescrita;
 - c.4. Assinatura do prescritor e carimbo com o número de inscrição no respectivo Conselho Regional e endereço onde desempenha sua atividade profissional;

TÍTULO V DOS PROCEDIMENTOS

Art. 11 Aportando na Secretaria Municipal de Saúde a ordem judicial, o Nutricionista responsável pelo programa realizará a avaliação nutricional e dietética da fórmula prescrita.

§1º A referida consulta/avaliação nutricional será agendada para o prazo máximo de cinco dias, contados do recebimento da referida ordem.

§2º Caso o paciente preencha os critérios do referido protocolo, o Nutricionista preencherá o formulário de solicitação de dieta (Anexo VI) e encaminhará à Assistência Farmacêutica, por ofício autorizando a dispensação da fórmula, indicando a quantia devida.

§3º O paciente no momento da retirada da fórmula assinará um termo dando ciência na entrega da fórmula em quantidade mensal prescrita pelo nutricionista (Anexo VII).

§4º A Assistência Farmacêutica deverá enviar a Assessoria Jurídica, uma planilha mensal, com a relação de usuários contemplados.

§5º O nutricionista em tela enviará a demanda para acompanhamento do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), por intermédio do Departamento de Atenção à Saúde, com o fito de realização de projeto terapêutico singular.

§6º O NASF irá emitir relatório trimestral (Anexo IX e X) endereçado à Assessoria



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

Jurídica.

Art. 12 O Município repassará a quantidade necessária de Fórmulas Nutricionais Especiais por mês aos usuários, garantindo a saúde ideal à sua sobrevivência definidos pelos profissionais responsáveis, médico, médico pediatra e/ou nutricionista desde que cumpram os requisitos dessa diretriz.

§1º Para solicitação de Fórmulas Nutricionais Especiais de responsabilidade de dispensação do Estado, deverão ser respeitados os Protocolos Clínicos implantados pela Secretaria de Estado de Saúde, ficando a cargo do município apenas o encaminhamento e acompanhamento do processo (exemplo: crianças nascidas de mães portadoras de HIV, pacientes fenilcetonúricos, entre outros);

§2º O receituário médico para dispensação de fórmulas lácteas e suplementos deverá ser atualizado semestralmente pelo profissional prescriptor;

§3º A não renovação, implicará na suspensão imediata do fornecimento das fórmulas Nutricionais;

§4º O quantitativo de unidades a serem dispensadas deverá ser condizente ao diagnóstico do paciente e ao projeto terapêutico singular a ser desenvolvido pelo Nutricionista da Rede SUS;

§5º Os usuários dos complementos alimentares sob a forma de fórmulas nutricionais deverão seguir o disposto no Termo de Compromisso (Anexo VIII) desta Instrução Normativa.

Art. 13 O Projeto Terapêutico Singular acerca da dispensação das fórmulas nutricionais especiais neste Município seguirá os seguintes parâmetros:

§1º A cada 06 (seis) meses deverá ser realizada uma reavaliação do paciente, com Nutricionista responsável pelo presente protocolo acerca da necessidade da continuação do uso da fórmula prescrita.

§2º A avaliação clínica e nutricional será realizada em todo o usuário em terapia nutricional domiciliar com via alternativa de nutrição ou via oral. Caberá aos profissionais informar o diagnóstico do usuário, as morbidades associadas, avaliação laboratorial, bem como os tratamentos realizados;



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

§3º As equipes do NASF (nutricionista e assistente social) com apoio das ESFs realizarão visita trimestral na residência dos pacientes, para acompanhamento do uso consciente dos suplementos alimentares, para preenchimento de questionário socioeconômico (Anexo IX) e questionário de consumo alimentar (Anexo X), bem como para orientação nutricional e verificação da aceitação da dieta, devendo emitir laudo, o qual será protocolado até o prazo improrrogável último dia útil do mês vigente, com regularidade trimestral junto à Assessoria Jurídica da Secretaria Municipal de Saúde, para posteriores deliberações;

§4º As equipes do NASF com apoio das ESFs e do Departamento de Ações Programáticas deverão realizar campanhas para incentivar o aleitamento materno, bem como oficinas de orientação nutricional/alimentações saudáveis voltadas aos pacientes e seu núcleo familiar, além de outras ações para melhorar a qualidade alimentar do usuário do SUS de que trata o referido programa;

§5º Todo familiar/responsável pelo usuário que demandar dieta enteral por via alternativa deverá receber orientações sobre cuidados, preparo, higienização e infusão da dieta enteral, bem como informações sobre o período de dispensação da dieta industrializada. O nutricionista do NASF deverá capacitar o familiar ou cuidador quanto ao preparo, utilização e armazenamento da dieta enteral a ser utilizada, seja industrializada, artesanal ou mista.

Art. 14 A dispensação das Fórmulas Nutricionais Especiais será garantida a pacientes com diagnósticos específicos (CIDS) que necessitam complementar a alimentação para fins de tratamento de enfermidades, sendo de responsabilidade da Secretaria Municipal de Assistência Social a inserção dos usuários de baixa renda em programas específicos da área.

Art. 15 De acordo com o previsto no Art. 28 do Decreto Nº 7.508/2011 que regulamenta a Lei nº 8.080/91, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

- I - Estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;
- II - Ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;
- III - Estar à prescrição em conformidade com a Relação Nacional de Medicamentos



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

Essenciais (RENAME) e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

IV - Ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

Art. 16 Alta médica e critérios de exclusão do programa:

§1º Antes da interrupção do tratamento, o paciente deve ser avaliado nos seguintes aspectos:

- a) Capacidade de atender mais de 2/3 a 3/4 de suas necessidades nutricionais por alimentação via oral;
- b) Ausência de complicações que ponham o paciente em risco nutricional ou de vida; e
- c) Alcance dos objetivos inicialmente propostos no Projeto Singular Terapêutico;

§2º Serão considerados critérios de exclusão do fornecimento de fórmulas nutricionais especiais:

- a) Inverdade das informações prestadas;
- b) Ausência de responsável ou cuidador;
- c) Instabilidade clínica;
- d) Reabilitação da via oral, para pacientes sondados ou ostomizados;
- e) Mudança de domicílio;
- f) Ausência de encaminhamento dos relatórios médico e nutricional de reavaliação ou relatórios incompletos;
- g) Crianças com idade superior a 24 meses, diagnosticadas especificamente com APLV, sem risco nutricional ou outras patologia que justifiquem a continuação no referido programa;
- h) Alcance dos objetivos de curto e longo prazo, com conseqüente alta do tratamento;
- i) Não comparecimento para retirar os produtos prescritos por mais de 06 (seis) meses consecutivos, salvo nos casos em que for informado que o paciente permaneceu em

Handwritten signature and initials in blue ink.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

internação hospitalar durante o período;

- j) Recusa a realização do projeto terapêutico singular;
- k) Ausência injustificada as consultas e reavaliações designadas;
- l) Óbito.

Art. 17 Caso o paciente não necessite mais do uso do suplemento alimentar, este deverá assinar o requerimento de exclusão junto à farmácia de ação judicial (Anexo XI).

TÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18 A Prefeitura Municipal através da Secretaria Municipal de Saúde realizará processo licitatório para a execução dos serviços apresentados neste regulamento.

Art. 19 Os recursos para as despesas decorrentes da execução deste regulamento correrão à conta das dotações orçamentárias, suplementadas se necessário, e constarão dos orçamentos municipais dos anos subsequentes.

Art. 20 Os esclarecimentos adicionais acerca do conteúdo e da operacionalização desta instrução poderão ser obtidos junto à Secretaria Municipal de Saúde, ao Departamento de Ações Programáticas.

Art. 21 Sem prejuízo às sanções previstas no ordenamento pátrio, a inobservância reiterada a dispositivos desta Instrução Normativa, sujeita seu responsável às cominações previstas no Artigo 144 do Estatuto dos Servidores Públicos Municipais, Lei Ordinária nº 1.752/1990.

Art. 22 Os procedimentos de controles instruídos nesta instrução normativa, poderão, a qualquer tempo, serem auditados pela Unidade Central de Controle Interno, no intuito de se aferir a fiel observância de seus dispositivos por parte de seus colaboradores.

Art. 23 Esta instrução normativa deverá ser atualizada sempre que fatores organizacionais, legais ou técnicos assim o exigirem, a fim de verificar a sua adequação aos requisitos das normativas federais e municipais atinentes ao tema, bem como para manter o processo de melhoria contínua dos serviços públicos municipais.



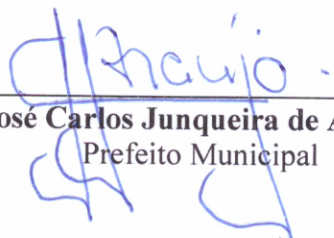
PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

Art. 24 Faz parte desta Instrução Normativa o Anexo I – Protocolo de avaliação para alergia às proteínas do leite de vaca; Anexo II – Protocolo para fornecimento de fórmulas nutricionais; Anexo III – Ficha de acompanhamento e tratamento de usuários para fornecimento fórmulas nutricionais; Anexo IV – Elenco de fórmulas nutricionais especiais; Anexo V - Quantitativo mensal de fórmulas nutricionais para alergia a proteínas do leite de vaca – APLV; Anexo VI – Formulário de solicitação de fórmulas nutricionais; Anexo VII – Termo entrega de fórmula nutricional em pó; Anexo VIII – Termo de compromisso; Anexo IX – Questionário socioeconômico – NASF; Anexo X – Questionário de consumo alimentar; Anexo XI – Requerimento de exclusão do paciente do cadastro municipal para recebimento de fórmulas nutricionais; e Anexo XII – Fluxograma dos procedimentos do protocolo de dispensação de fórmulas nutricionais especiais no Município de Rondonópolis/MT.

Art. 25 Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial do Município, revogando-se as disposições em contrário (Instrução Normativa nº 05/2018).



Izalba Diva de Albuquerque
Secretária Municipal de Saúde



José Carlos Junqueira de Araújo
Prefeito Municipal



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

ANEXO I – PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO PARA ALERGIA ÀS PROTEÍNAS DO LEITE DE VACA

I – Definição:

A Alergia às Proteínas do Leite de Vaca (APLV) acomete 2,5% dos lactentes, sendo a maioria (mais de 60%) com manifestações mediadas por IgE. Aproximadamente 25% dos casos podem permanecer sensíveis até a idade adulta.

A Alergia às Proteínas do Leite de Vaca é um conjunto de manifestações mediadas por IgE, não mediadas por IgE ou associação destas.

*Nas manifestações imediatas (IgE mediadas), o quadro clínico inclui anafilaxia, síndrome da alergia oral, urticária, angioedema, náuseas, vômitos, dores abdominais, rinite e broncoespasmo que ocorrem até duas horas após a ingestão do leite.

*Nas manifestações tardias (não mediadas por IgE ou mistas), predominam os sintomas relativos ao trato gastrointestinal(TGI), podendo haver associação com sintomas extra digestivos (rinoconjuntivite, tosse crônica, estridor laringeo e asma) e/ou manifestações cutâneas (urticária e dermatite atópica).

Doença do refluxo gastrointestinal (DRGE), proctocolite alérgica, enterocolite, enteropatia alérgica, constipação intestinal e cólicas do lactente associada à recusa alimentar são patologias que representam a APLV não mediada por IgE (ver quadro I).

II - Critérios diagnósticos: (ver quadro II)

Em relação aos critérios diagnósticos é relevante lembrar que os exames e alterações da mucosa intestinal, são muitas vezes inespecíficos. O diagnóstico de APLV, também pode ser baseado na história clínica sugestiva, melhora do quadro clínico com a exclusão dietética da proteína alergênica e reaparecimento após provocação oral. O teste de provocação oral (TPO) é contra indicado nas manifestações alérgicas graves. A prova de provocação oral preferencialmente deve ser realizada em ambiente hospitalar com supervisão de médico especialista.

III - Critérios clínicos:

Baseados na anamnese detalhada, inquérito alimentar com registro cronológico dos alimentos ingeridos (leite de vaca e derivados), sintomatologias associadas e exame físico minucioso. É importante que todas as suspeitas de APLV IgE mediada sejam confirmadas por uma avaliação apropriada, que pode incluir testes cutâneos de leitura imediata, demonstração sérica de IgE específica, dieta de exclusão



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

alimentar e TPO.

IV - Critérios laboratoriais:

Teste cutâneo de determinação da IgE sérica específica

Este exame auxilia apenas na identificação da APLV IgE mediada e reações mistas. A pesquisa de IgE específica ao leite de vaca (LV) pode ser realizada tanto “in vivo” (testes cutâneos), como “in vitro” pela dosagem da IgE específica no sangue. Estes testes são similares em sua eficácia para auxiliar no diagnóstico de APLV mediada por IgE. A opção por um ou outro exame vai depender da experiência do médico que conduz o caso e da conveniência, aceitabilidade e segurança que o teste trazer para a criança a ser testada.

V - Teste de Provocação oral:

Os testes de provocação oral (TPO) são considerados os únicos métodos fidedignos para estabelecer o diagnóstico definitivo da APLV, sendo ele realizado de forma aberta (pacientes e médicos cientes) ou fechado (simples cego - apenas o médico sabe o que está sendo administrado) ou duplo cego controlado por placebo (onde nenhuma das partes tem conhecimento do preparado).

Os TPO estão indicados nas seguintes situações:

- a) Quando houver necessidade de se estabelecer reação causa e efeito;
- b) Nas alergias a APLV, não IgE mediadas ou mistas, quando os testes laboratoriais são de pouco auxílio;
- c) Nas reações anafiláticas em que as proteínas do leite de vaca não apresentam positividade para determinação de IgE específica;
- d) Nos casos em que a idade ou apresentação clínica não são mais compatíveis com quadros de APLV;

Nas manifestações IgE não mediadas o TPO pode apresentar uma resposta tardia, dificultando a identificação da proteína alergênica.

Caso não houver evidências de sensibilização IgE específica, nem história de reações graves, o LV pode ser introduzido no seu domicílio conforme orientação.

VI - Provas específicas

A avaliação funcional e/ou morfológica do tubo digestivo como endoscopia digestiva alta ou colonoscopia com biópsias são necessárias em situações especiais e devem ser realizadas nos casos onde

HTJ J



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

existam dúvidas no diagnóstico clínico.

VII - Dieta de Exclusão

Se houver uma forte suspeita de Alergia ao leite de vaca como causador dos sintomas alérgicos, a exclusão do alimento em questão pode ser útil no diagnóstico. Entretanto a dieta de exclusão deve ser limitada a um período curto de tempo, o suficiente para os sintomas desaparecerem. Geralmente 3 a 5 dias são suficientes para o desaparecimento das manifestações clínicas imediatas. A exclusão deve respeitar a história clínica.

Caso ocorra desaparecimento dos sintomas com a dieta de exclusão, o leite de vaca deve ser reintroduzido para comprovação diagnóstica. O diagnóstico de APLV será confirmado caso ocorra ressurgimento dos sintomas. Por outro lado, se os sintomas não desaparecerem após a exclusão do leite de vaca, é muito provável que o paciente não seja alérgico a ele.

Desta forma, a exclusão do leite de vaca é uma ferramenta que serve tanto para o diagnóstico como também para tratamento.

Em casos de suspeita de APLV mediada por IgE em lactentes que estão sendo exclusivamente amamentados, recomenda-se a exclusão das proteínas de leite de vaca da dieta materna por 3 a 6 semanas. Se os sintomas persistirem após sua eliminação, não se justifica prolongar o período da dieta; provavelmente a suspeita não tem fundamento e as causas dos sintomas devem ser reavaliadas.

Por outro lado, se os sintomas desaparecerem após a eliminação da dieta materna, deve-se reintroduzir as proteínas do leite de vaca para a mãe que amamenta. Se a reintrodução provocar o retorno dos sintomas (teste de provocação positivo), o diagnóstico de APLV se confirma.

Observação: A dispensação de fórmulas não alergênicas (fórmulas de aminoácidos) ou fórmulas hipoalergênicas (fórmulas de hidrolisados e isolado de soja) será baseada fundamentalmente nos critérios clínicos, os exames complementares auxiliam no diagnóstico, a ausência destes exames não implica em indeferimento da dispensação.

Quadro I - Manifestações de APLV:

Sistêmica	Mediada por IgE	Não IgE mediada	Mecanismo Misto
Sistêmica	Choque anafilático	-	-
Cutânea	Urticária, angioedema, rash morboliforme, urticária aguda de contato.	-	-
Digestiva	Síndrome de alergia oral, alergia gastrointestinal	Proctocolite e enterocolite	Esofagite e gastroenterite



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

			eosinofílica alérgica.
Respiratório	Rinite e broncoespasmo	-	Asma

Adaptado de Wegrzyn & Sampson

Quadro II - Manifestações Clínicas da APLV:

Quadro clínico	Tipo de manifestação	Mecanismo	Sintomas	Laboratório
Síndrome da alergia oral	Digestiva	IgE	Edema de lábios, língua e palato	• ■ ▲
Anafilaxia gastrointestinal	Digestiva	IgE	Vômitos, diarreia dor abdominal	• ■ ▲
Refluxo gastroesofágico	Digestiva	Não IgE mediado	Vômitos e regurgitação recusa alimentar déficit ponderal	pHmetria esofágica
Esofagite eosinofílica	Digestiva	IgE mediado e Não IgE mediado	Sintomas da doença do refluxo gastroesofágico, disfagia, vômitos e dor abdominal	□
Enterocolite alérgica	Digestiva	Não IgE mediado	Vômitos e diarreia persistente distensão abdominal e déficit de crescimento	■ ▲ □
Enteropatia alérgica	Digestiva	Não IgE mediado	Diarreia crônica, distensão abdominal, náuseas, vômitos ocasionais, inapetência e déficit de crescimento	□
Proctocolite alérgica	Digestiva	Não IgE mediado	Primeiro meses de vida evacuações com estrias de sangue e muco	□
Constipação	Digestiva	Não IgE mediado	Constipação intestinal após o desmame, fissura anal e hiperemia perianal	—
Urticária aguda ou angioedema	Cutânea	IgE	Prurido, placas eritemato-maculares e edema	• ■ ▲
Dermatite atópica	Cutânea	IgE mediado e Não IgE mediado	Lesões eczematosas e prurido e acometimento de dobras	• Teste de contato

HTJ



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

Dermatite de contato	Cutânea	Não IgE mediado	Eczema localizado	teste de contato
Asma brônquica	Respiratória	IgE mediado e Não IgE mediado	Tosse, chiado no peito e dispneia	●
Rinite	Respiratória	IgE	Congestão, coriza e prurido nasal	●
Choque anafilático	Sistêmica	IgE	Urticária, angioedema, hipotensão e edema de glote	●

- Determinação de IgE específica “*in vivo*” e ou “*in vitro*”
- Teste de provocação oral nos casos indicados
- ▲ Dieta de exclusão nos casos indicados
- Endoscopia e biópsias nos casos indicados

VIII - Diagnóstico

Manifestações clínicas (cutâneas, gastrintestinais e/ou respiratórias) desencadeadas pela ingestão de leite e derivados, ou anafilaxia associada à ingestão de leite.

1- Nas reações mediadas por IgE, a associação dos sintomas com ingestão de leite ou derivados ocorre em até 2 horas após a ingestão do leite.

2- Nas reações não mediadas por IgE, ocorrem associações de manifestações digestivas com sinais e sintomas extra-digestivos (rinoconjuntivite, tosse crônica, estridor laríngeo, broncoespasmo) ou cutâneas (urticária, dermatite atópica, angioedema). As reações são, em geral, tardias (mais de 2 horas após exposição ao leite).

3- Quando houver acometimento do trato digestivo, considera-se fundamental descartar malformações do mesmo, distúrbios metabólicos, causas infecciosas ou parasitárias.

4- Teste de provocação: o teste de provocação não deverá ser realizado em casos de anafilaxia, podendo ocorrer em até 4 horas nos casos de reação mediada por IgE ou ocorrer horas ou dias após a provocação em casos de reação não mediada por IgE.

IX - Indicadores específicos de fórmulas de aminoácidos:

1. Persistência de sinais e sintomas de APLV com uso de fórmulas extensamente hidrolisadas.
2. Síndrome de má absorção com comprometimento significativo do estado



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

nutricional, devido à utilização de fórmulas inadequadas.

3. Anafilaxia com leite de vaca, comprovada por testes *in vivo* e/ou *in vitro* IgE específica e com reações graves.

4. Esofagite e gastroenterite eosinofílica em paciente com alergia alimentar comprovada por exames complementares.

Observação: nos casos em que o prescritor julgar necessário a indicação de fórmula não alergênica, antes de prescrever outras fórmulas deverá anexar laudo que justifique esta indicação.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

ANEXO II – PROTOCOLO PARA FORNECIMENTO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS

I - FÓRMULA INFANTIL PARA 1º E 2º SEMESTRE:

As indicações terapêuticas para uso de fórmula infantil para 1º e 2º semestre, destinadas a crianças com até 12 meses de vida, que preencham os critérios abaixo:

1. Fissura lábio palatal ou outras patologias que comprometam a sucção com prejuízo nutricional e impedimento para a amamentação de crianças até 12 meses de idade;
2. Crianças classificadas em $< \text{Escore-z } -3$ ou $\geq \text{Escore-z } -3$ e $< \text{Escore-z } -2$, conforme critérios definidos na Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), utilizando-se como parâmetros (peso por estatura).
3. Prematuridade/gemelaridade com sequelas e/ou comprometimento nutricional classificadas em $< \text{Escore-z } -3$ ou $\geq \text{Escore-z } -3$ e $< \text{Escore-z } -2$, conforme parâmetros definidos na Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).
4. Doenças congênitas graves com comprometimento nutricional, classificadas em $< \text{Escore-z } -3$ ou $\geq \text{Escore-z } -3$ e $< \text{Escore-z } -2$, conforme parâmetros definidos na Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).
5. Crianças com alimentação através de sonda.
6. Doença materna que contra indique a amamentação (comprovada através de relatório médico) malformações e neoplasia de mama, doença psiquiátrica grave e utilização de medicamentos contra indiquem a amamentação segundo recomendações do Ministério da Saúde.
7. Infecção materna por HIV (será atendida pelo programa de DST/AIDS) – Competência do Estado – vide artigo 4º, §4º.

II - FÓRMULA DE ISOLADO DE SOJA:

O extrato de soja para crianças, com 100% de proteína isolada de soja, enriquecido com vitaminas e minerais, indicadas para os pacientes que preencham os critérios abaixo, que tenham mantido aleitamento materno e realizado dieta de exclusão materna de leite de vaca e derivados sem resposta adequada.

1. Crianças maiores de 6 meses com Alergia a Proteína do Leite de Vaca (APLV).



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

2. Intolerância a lactose.

III - FÓRMULA SEMI-ELEMENTAR INFANTIL:

As fórmulas semi-elementares infantis são a base de proteína hidrolisada do soro do leite, isenta de sacarose, lactose e glúten, adequada para crianças, indicadas para os pacientes que preencham os critérios abaixo, que tenham mantido aleitamento materno e realizado dieta de exclusão materna de leite de vaca e derivados sem resposta adequada.

1. Crianças com comprometimento nutricional: até melhora do estado nutricional (comprovada através de laudo nutricional), classificadas em $< \text{Escore-z } -3$ ou $\geq \text{Escore-z } -3$ e $< \text{Escore-z } -2$, conforme parâmetros definidos na Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).
2. Crianças com intolerância à lactose, sem resposta a fórmula de isolado de soja.
3. Crianças com APLV IgE mediada, sem resposta a fórmula de isolado de soja.
4. Crianças com APLV IgE não mediada.
5. Crianças com alergia à proteína de soja.

IV - FÓRMULA ELEMENTAR INFANTIL:

As fórmulas elementares são fórmulas à base de aminoácidos livres, isenta de sacarose e glúten, estão indicadas para os pacientes que preencham os critérios abaixo, que tenham mantido aleitamento materno e realizado dieta de exclusão materna de leite de vaca e derivados sem resposta adequada.

1. Crianças de 0 a 24 meses com APLV ou alergia à proteína de soja, conforme indicadores específicos constantes no Protocolo.

V - FÓRMULA INFANTIL NUTRICIONALMENTE COMPLETA PARA CRIANÇAS 1-10 ANOS:

2. Fissura lábio palatal ou outras patologias que comprometam a sucção com prejuízo nutricional e impedimento para a amamentação de crianças até 12 meses de idade.
3. Crianças acima de 05 anos, classificadas em $< \text{Escore-z } -3$ ou $\geq \text{Escore-z } -3$ e $< \text{Escore-z } -2$, conforme critérios definidos na Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), utilizando de parâmetros (IMC por idade).



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

4. Doenças congênitas graves com comprometimento nutricional, classificadas em $< \text{Escore-z} -3$ ou $\geq \text{Escore-z} -3$ e $< \text{Escore-z} -2$, conforme parâmetros definidos na Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

5. Crianças com alimentação através de sonda.

VI – FÓRMULA AUXILIAR PARA SISTEMA IMUNOLÓGICO

Critérios de Inclusão: Indicado para crianças a partir de 04 anos de idade, adolescentes, adultos, gestantes e idosos, aumentando a absorção de sais minerais, principalmente do cálcio, além de contribuir para um melhor funcionamento do sistema imunológico no tratamento de várias patologias.

Na suplementação de nutrientes em pacientes com:

- 1- Alimentação através de sonda;
- 2- Doenças alérgicas e imunológicas;
- 3- Neoplasia;
- 4- Doenças do esôfago;
- 5- Desnutrição;
- 6- Doenças neurológicas;
- 7- Doenças degenerativas;
- 8- Distúrbios de absorção de nutrientes.

VII - CRITÉRIOS PARA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS PARA ADOLESCENTES E ADULTOS:

A nutrição faz parte do tratamento de várias patologias, suprimindo nutrientes, tais como: proteínas, vitaminas, ácidos graxos essenciais e minerais. A má nutrição pode aumentar a predisposição e agravamento de vários estados clínicos. A avaliação correta de cada paciente e a indicação de suporte nutricional adequado devem ser observados nas situações de comprometimento nas funções básicas do organismo.

Critérios de Inclusão:

1. Alimentação através de sonda;



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

2. Doenças alérgicas e imunológicas;
3. Neoplasia;
4. 4-Doenças do esôfago;
5. 5-Desnutrição;
6. Doenças neurológicas;
7. Doenças degenerativas;
8. Distúrbios de Absorção de nutrientes.

HTB



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

ANEXO III – FICHA DE ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO DE USUÁRIOS PARA FORNECIMENTO FÓRMULAS NUTRICIONAIS

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIOS PARA FORNECIMENTO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS						
(Deve ser Preenchida pelo médico que acompanha a criança até o item E)						
Data da primeira consulta: ____ / ____ / ____						
A - Identificação do Paciente e Profissional						
Nome do Paciente:					DN:	
Nome do Profissional:					CNS:	
Nome da Unidade de Saúde:						
Nome da Fórmula:				Quantidade/mês:		
B - Sinais e Sintomas Clínicos presentes:						
	Idade Inicial	Tempo Latência	Duração	Frequência	Último Episódio	Tratamento recebido
Sintomas Cutâneos						
() Urticária						
() Prurido						
() Rush						
() Angioedema						
() Dermatite						
Sintomas gastrintestinais						
() Dor Abdominal cólica						
() Diarréia						
() Constipação Intestinal						
() Vômito/						

Handwritten signature and initials



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

Náuseas						
() Distensão Abdominal						
() Flatulência						
() Sangue nas Fezes						
() Refluxo						
Sintomas Respiratórios						
() Broncoespasmo						
() Tosse						
() Prurido Orofaringe						
() Rinite e Coriza nasal						
() Edema de laringe						
Outros						
() Anafilaxia						
() Cefaléia						
() Edema Labial						
() Otite						
() Edema Ocular						
Tempo necessário entre a ingestão e o aparecimento dos sintomas:						
Especifique os sintomas mais exacerbados:						
C - Exames subsidiários realizados (mais recentes):						
Tipo			Data		Resultado	

Handwritten signature and mark



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

Hipersensibilidade			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Prik Test leite de Vaca		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Prik Test soja		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RAST leite de vaca		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RAST alfa-lactoalbumina		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RAST beta-lactoglobulina		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RAST caseína		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RAST soja		
Avaliação gastrointestinal			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sangue Oculto		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Alfa-1-antitripsina fecal		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Relação albumina/globulina		
Anatomopatológico			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estômago		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Esôfago		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Duodeno		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Retos		
Outros	Provocação		

Handwritten signature and initials in blue ink.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

D – Avaliação da Condição Nutricional			
a. Peso: _____ Kg			
b. Estatura: _____ cm			
c. Criança no percentil de peso/idade inferior a 10: () Sim () Não			
Caso SIM anote os últimos pesos e datas:			
1. Data: ____/____/____ Peso: _____ Kg			
2. Data: ____/____/____ Peso: _____ Kg			
3. Data: ____/____/____ Peso: _____ Kg			
4. Data: ____/____/____ Peso: _____ Kg			
E – Informações do Médico:			
Data: ____/____/____	CNS Médico Responsável:		
Carimbo:	CNS Médico Responsável:		
	Assinatura:		
F – Conduta: (uso restrito da SMS)			
a. () No momento, não preenche critérios			
b. () Liberado para fornecimento de fórmula especial de _____ latas, por _____ meses:			
I- () Proteína de soja isolada			
II- () Fórmula extensamente isolada			
III- () Fórmula de aminoácidos			
c. Data do retorno: ____/____/____ Previsão do teste de comprovação: ____/____/____			
Avaliador: _____			
Assinatura e Carimbo			



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

ANEXO IV – ELENCO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS ESPECIAIS

FÓRMULAS DISPONÍVEIS:

Apresentação: Leite em pó, lata ou pacote.

Patologias atendidas: Desnutrição; Fissura lábio palatal; Intolerância lactose; Alergia proteína leite de vaca; doença celíaca; comprometimento nutricional; Doença materna que contra indique a amamentação. **CID-10:** E40-E46; E50-E64; E73; K52.2; K90; O30; P92.5; Q37;

1) FÓRMULA INFANTIL PARA 1º E 2º SEMESTRE:

FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO COM FERRO PARA LACTENTES DE 0 A 6 MESES DE IDADE. Composição:

LACTOSE, CONCENTRADO PROTEICO DE SORO DO LEITE, OLEÍNA DE PALMA, LEITE DESNATADO, ÓLEO DE PALMISTE, ÓLEO DE CANOLA, ÓLEO DE MILHO, CONCENTRADO DE SAIS MINERAIS (CITRATO DE CÁLCIO, CLORETO DE POTÁSSIO, CITRATO DE POTÁSSIO, CLORETO DE MAGNÉSIO, CITRATO DE SÓDIO, SULFATO FERROSO, SULFATO DE ZINCO, SULFATO DE COBRE, IODETO DE POTÁSSIO, SULFATO DE MANGANÊS, SELENATO DE SÓDIO), CONCENTRADO DE VITAMINAS (VITAMINA C, VITAMINA E, NIACINA, PANTOTENATO DE CÁLCIO, VITAMINA A, VITAMINA B6, VITAMINA B2, VITAMINA D, VITAMINA B1, ÁCIDO FÓLICO, VITAMINA K, BIOTINA), LECITINA DE SOJA, ÁCIDO GRAXO ARAQUIDÔNICO, ACIDO DOCOSAHEXAENÓICO. NÃO DEVE CONTER GLUTEN.

FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO COM FERRO PARA LACTENTES A PARTIR DE 6 MESES DE IDADE.

Composição:

LACTOSE, LEITE DESNATADO, CONCENTRADO PROTEICO DE SORO DO LEITE, OLEÍNA DE PALMA, ÓLEO DE CANOLA, ÓLEO DE PALMISTE, ÓLEO DE MILHO, CONCENTRADO DE SAIS MINERAIS (CITRATO DE CÁLCIO, SULFATO FERROSO, SULFATO DE ZINCO, SULFATO DE COBRE, IODETO DE POTÁSSIO), LECITINA DE



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

SOJA, CONCENTRADO DE VITAMINAS (VITAMINA C, NIACINA, VITAMINA E, PANTOTENATO DE CÁLCIO, VITAMINA A, VITAMINA B6, VITAMINA B1, VITAMINA D, VITAMINA B2, ÁCIDO FÓLICO, VITAMINA K, BIOTINA, VITAMINA B12), ACIDO DOCOSAHEXAENÓICO, COM CULTURA DE LACTOBACILLUS E BIFIDUS. NÃO DEVE CONTER GLUTEN.

2) FÓRMULA DE ISOLADO DE SOJA:

FÓRMULA INFANTIL DE ORIGEM VEGETAL A BASE DE PROTEÍNA ISOLADA DE SOJA, ISENTA DE LACTOSE E SACAROSE.

Composição:

ENRIQUECIDA COM L-METIONINA, L-CARNITINA, VITAMINAS, MINERAIS, FERRO. UTILIZADA COMO ALIMENTAÇÃO PARA LACTENTES QUANDO NECESSÁRIO EVITAR O LEITE DE VACA. INGREDIENTES: MALTODEXTRINA, PROTEÍNA ISOLADA DE SOJA, OLEÍNA DE PALMA, ÓLEO DE SOJA, ÓLEO DE COCO, CITRATO DE CÁLCIO, LECITINA DE SOJA, CITRATO DE POTÁSSIO, FOSFATO DE CÁLCIO, CLORETO DE POTÁSSIO, CLORETO DE MAGNÉSIO, VITAMINA C, METIONINA, TAURINA, BITARTARATO DE COLINA, CARNITINA, SULFATO FERROSO, SULFATO DE ZINCO, VITAMINA PP, VITAMINA E, PANTOTENATO DE CÁLCIO, VITAMINA A, VITAMINA B2, SULFATO DE COBRE, VITAMINA B1, VITAMINA B6, VITAMINA D, IODETO DE POTÁSSIO, ÁCIDO FÓLICO, VITAMINA K, BIOTINA, VITAMINA B12. NÃO DEVE CONTER LEITE OU PRODUTOS LÁCTEOS.

3) FÓRMULA POLIMÉRICA ISENTA DE LACTOSE E GLÚTEN:

FÓRMULA INFANTIL ESPECIAL, ISENTA DE LACTOSE, À BASE DE LEITE DE VACA, ÓLEOS VEGETAIS E MALTODEXTRINA

Composição:

(ÚNICA FONTE DE CARBOIDRATOS); É ENRIQUECIDA COM VITAMINAS, NUCLEOTÍDEOS, MINERAIS, FERRO E OUTROS OLIGOELEMENTOS. CONTÉM:MALTODEXTRINA, OLEÍNA DE PALMA, PROTEÍNA DE SORO DE LEITE, CASEINATO DE POTÁSSIO, ÓLEO DE CANOLA, ÓLEO DE COCO, ÓLEO DE



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

MILHO, FOSFATO DE POTÁSSIO, CITRATO DE CÁLCIO, LECITINA DE SOJA, CLORETO DE SÓDIO, CLORETO DE MAGNÉSIO, VITAMINA C, TAURINA, NUCLEOTÍDEOS, CLORETO DE POTÁSSIO, SULFATO DE ZINCO, SULFATO FERROSO, LCARNITINA, VITAMINA E, VITAMINA PP, PANTOTENATO DE CÁLCIO, VITAMINA A, VITAMINA B2, SULFATO DE COBRE, VITAMINA B6, VITAMINA B1, VITAMINA D3, IODETO DE POTÁSSIO, ÁCIDO FÓLICO, VITAMINA K, BIOTINA E VITAMINA B12. NÃO CONTÉM GLÚTEN.

ALIMENTO NUTRICIONAL COMPLETO E BALANCEADO PARA CONSUMO ORAL OU ENTERAL PARA CRIANÇAS DE 1 A 10 ANOS.

Composição:

CONTÉM DHA E ARA, PREBIÓTICOS E PROBIÓTICOS. 16% PROTEÍNA DE SORO DE LEITE, 70% CASEINATO DE NA E 14% PROTEÍNA ISOLADA DE SOJA 50% XAROPE DE MILHO HIDROLISADO, 46% SACAROSE, E 4% FOS 39% ÓLEO DE AÇAFRÃO, 46% DE ÓLEO DE SOJA E 15% TCM. ISENTA DE LACTOSE E GLÚTEM.

4) FÓRMULA AUXILIAR PARA SISTEMA IMUNOLÓGICO

SUPLEMENTO NUTRICIONAL COMPOSTO COM EXCLUSIVO PREBIO1

Composição:

(70% FOS - FRUTOOLIGOSSACARÍDEO E 30% INULINA), QUE CONTRIBUI PARA A SAÚDE DO SISTEMA DIGESTÓRIO, MELHORANDO O APROVEITAMENTO DOS NUTRIENTES PRESENTES NOS ALIMENTOS. O PREBIO1 AUMENTA A ABSORÇÃO DE SAIS MINERAIS, PRINCIPALMENTE DO CÁLCIO, ALÉM DE CONTRIBUIR PARA UM MELHOR FUNCIONAMENTO DO SISTEMA IMUNOLÓGICO.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

ANEXO V - QUANTITATIVO MENSAL DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS PARA ALERGIA A PROTEÍNAS DO LEITE DE VACA – APLV

Quantitativo mensal de fórmulas nutricionais (latas*) por idade.

I - Casos de alergias

Idade	Fórmulas à base de soja	Fórmulas hidrolisadas	Fórmulas à base de aminoácidos
< 6 meses	–	7-9 latas	7-9 latas
6 - 12 meses	6-7 latas	5-6 latas	5-6 latas
12 - 24 meses	5-6 latas	5-6 latas	6-7 latas

*considerando uma lata equivalente a 400 gramas de fórmula nutricionais

*Os cálculos levaram em consideração as recomendações de calorias e nutrientes, principalmente o cálcio, da Organização Mundial da Saúde e as informações nutricionais contidas nos rótulos das fórmulas infantis para APLV.

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS. Brasília, 2014.

II- Demais casos

Especificação	Crítérios de Liberação	Quantitativo
Fórmula Enteral Polimérica para Crianças de 1 a 10 anos de Idade em Pó	<i>Crianças e adolescentes* utilizando via alternativa de alimentação e que apresentem:</i> - Insuficiência renal crônica (IRC) em tratamento conservador ou dialítico, que exija restrição de íons e/ou de volume; - Via de nutrição por jejunostomia; - Presença de lesão por pressão; - Cardiopatia congênita cursando com desnutrição; - Diabetes descompensado em uso de dieta artesanal; - Pré ou pós-operatório de cirurgia do trato gastrointestinal de médio ou grande porte ou de transplante, exceto	Segundo prescrição, diagnóstico nutricional e critério clínico. *O adolescente (a partir de 10 anos) poderá utilizar a formulação para adultos mediante avaliação e



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

	<p>cirurgia para acesso de via alternativa de alimentação;</p> <ul style="list-style-type: none">- Desnutrição moderada a grave sem melhora com uso de dieta artesanal ou mista por 3 meses;- Sequela neurológica, resultando em necessidade de restrição de volume dietético ou em vômitos importantes quando em uso de dieta artesanal ou mista;- Câncer em tratamento.	<p>prescrição nutricional.</p> <p>Para os adolescentes que evoluírem com constipação poderá ser indicada dieta enteral com fibras.</p>
<p>Dieta Enteral em Pó Padrão Polimérica</p>	<p><i>Adultos e idosos utilizando via alternativa de alimentação e que apresentem:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Distúrbio de absorção de nutrientes, sendo doença de Crohn, doenças inflamatórias intestinais, ileostomizados e outras síndromes intestinais desde que especificadas;- Diarreia crônica sem melhora com medidas clínicas e dietéticas;- Pré e pós-operatório de cirurgias do trato gastrointestinal ou transplantes, não considerando cirurgia para acesso de via alternativa;- Presença de lesão por pressão estágio III e IV sem recuperação com dieta artesanal;- Câncer em tratamento; <p><i>Crianças e adolescentes utilizando via alternativa de alimentação e que apresentem:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Presença de lesão por pressão;- Cardiopatia congênita cursando com desnutrição;- Diabetes descompensado em uso de dieta artesanal;- Pré ou pós-operatório de cirurgia do trato gastrointestinal de médio ou grande porte ou de transplante, não	<p>Segundo prescrição, diagnóstico nutricional e critério clínico.</p>

Handwritten signature in blue ink.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

	<p>considerando cirurgia para acesso de via alternativa;</p> <ul style="list-style-type: none">- Desnutrição moderada a grave sem melhora com uso de dieta artesanal ou mista por 3 meses;- Sequela neurológica, resultando em necessidade de restrição de volume dietético ou em vômitos importantes quando em uso de dieta artesanal ou mista;- Câncer em tratamento.	
Dieta Enteral em Pó Padrão Polimérica com Fibras	Usuários que preenchem o critério para dieta enteral em pó padrão polimérica e que apresentem constipação intestinal grave sem melhora com medidas dietéticas (sucos laxativos e hidratação).	Segundo prescrição, diagnóstico nutricional e critério clínico.
Dieta Enteral em Pó para Nefropata em Tratamento Conservador	Insuficiência renal crônica (IRC) severa, com restrição importante de volume para usuários em uso de via alternativa ou usuários em via oral com alteração de íons (potássio e fósforo) e desnutrição moderada a grave.	Via Oral: máximo de 30 envelopes por mês (1x/dia) Via alternativa: Segundo prescrição e critério clínico.
Suplemento Alimentar para Nefropata em Tratamento Dialítico	Insuficiência renal crônica (IRC) dialítica, com restrição importante de volume para usuários em uso de via alternativa ou usuários em via oral com alteração de íons (potássio e fósforo) e desnutrição moderada a grave.	Via Oral: máximo de 30 packs de 200ml por mês (1x/dia) Via alternativa: Segundo prescrição e critério clínico.

HTJ



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

<p>Suplemento Alimentar em Pó com Sabor</p>	<p>Usuários com alimentação por via oral que apresentem desnutrição moderada ou grave associada a:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pré e pós-operatório de cirurgias do trato gastrointestinal ou transplantes, não considerando cirurgia para acesso de via alternativa;- Presença de lesão por pressão estágio III e IV;- Câncer em tratamento associado à desnutrição moderada a grave;- Neuropatias com grave perda de peso, associado à desnutrição moderada a grave;- Idoso frágil (polifarmácia, acima de 80 anos, hiporexia grave), com desnutrição moderada a grave. <p><u>Usuários em uso de via alternativa de alimentação que necessitem de complementação da dieta artesanal.</u></p>	<p>Desnutrição Moderada (1x/dia): máximo de 3 latas por usuário por mês.</p> <p>Desnutrição Grave (2x/dia): máximo de 6 latas por usuário por mês.</p>
<p>Suplemento Alimentar em Pó com Sabor para Crianças</p>	<p>Usuários com alimentação por via oral que apresentem desnutrição moderada ou grave ou desnutrição leve associada a:</p> <ul style="list-style-type: none">- Doenças disabsortivas;- Presença de lesão por pressão;- Cardiopatia congênita;- Pré-operatório ou pós-operatório de cirurgias do trato gastrointestinal de médio ou grande porte ou de transplantes (com exceção de acesso a via alternativa);- Câncer em tratamento. <p><u>Usuários em uso de via alternativa de alimentação que necessitem de complementação da dieta artesanal.</u></p>	<p>Via Alternativa de Alimentação: segundo prescrição.</p> <p>Via Oral:</p> <p>Desnutrição Leve (1x/dia): máximo de 3 latas por usuário por mês.</p> <p>Desnutrição Moderada (2x/dia): máximo de 5</p>



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

		latas por usuário por mês. Desnutrição Grave (3x/dia): máximo de 8 latas por usuário por mês.
Suplemento Alimentar em Pó sem Sacarose	Usuários que preenchem o critério para recebimento de suplemento alimentar em pó com sabor, mas que apresentem diabetes, insuficiência pancreática ou restrição comprovada de sacarose.	Desnutrição Moderada (1x/dia): máximo de 3 latas por usuário por mês. Desnutrição Grave (2x/dia): máximo de 6 latas por usuário por mês.
Módulo Alimentar de Proteína	Usuários em uso de via alternativa de alimentação que apresentem: - Desnutrição moderada a grave; - Presença de lesão por pressão; - Câncer em tratamento quimioterápico ou radioterápico; - Pós-operatório de cirurgias do TGI ou transplantes; <u>Usuários em uso de via alternativa de alimentação que necessitem de complementação da dieta artesanal.</u>	Máximo de 3 latas por usuário por mês.
Espessante para Líquidos	Usuário disfágico com necessidade de espessar líquidos finos.	Máximo de 2 latas por usuário



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

		por mês
Dieta Enteral em Pó, Infantil, Oligomérica para Crianças de 1 a 10 anos de Idade	Crianças utilizando via alternativa de alimentação e que apresentem: - Doenças disabsortivas que não permitam a utilização de dieta polimérica, com indicação e uso exclusivo de dieta oligomérica.	Segundo prescrição e critério clínico.
Fórmula Infantil Extensamente Hidrolisada (elementar) para Crianças com Distúrbios de Absorção Graves e Alterações Gastrointestinais	Crianças utilizando via alternativa de alimentação e que apresentem: - Doenças disabsortivas que não permitam a utilização de dieta polimérica, com indicação e uso exclusivo de dieta elementar; - Portador de alergia a proteína de leite de vaca e/ou a proteína de soja.	Segundo prescrição e critério clínico.
Fórmula Alimentar Semi-elementar Hipoalergênica sem / com Lactose	Crianças utilizando via alternativa de alimentação e que apresentem: - Doenças disabsortivas que não respondem a utilização de dieta polimérica ou oligomérica, com indicação e uso exclusivo de dieta semi-elementar; - Portador de alergia a proteína de leite de vaca e/ou a proteína de soja.	Segundo prescrição e critério clínico.
Fórmula Infantil de	Crianças acima de seis meses de idade utilizando via alternativa de alimentação com APLV ou alergia alimentar múltipla.	Segundo prescrição e

Handwritten signature and initials in blue ink.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

Segmento à Base de Proteína Isolada de Soja	Obs: Fórmulas de soja estão contraindicadas em menores de seis meses.	critério clínico.
Fórmula Infantil de Partida para Lactentes de 0 a 5 meses	Lactentes em via oral: - Recém-nascido pré-termo de idade gestacional igual ou inferior a 28 com morbidades associadas, sem condições de receber exclusivamente o leite materno por sucção ou ordenha; - Má formação labial e/ou de palato sem condições de receber o leite materno por sucção ou ordenha ou leite humano doado e apresentar desnutrição ou curva de crescimento decrescente. Lactentes em via alternativa de alimentação: - Menor de 06 meses de idade (será considerada a idade corrigida).	Via alternativa: Segundo prescrição e critério clínico. Via oral: 100% do GET
Fórmula Infantil de Seguimento para Lactentes a partir de 6 meses	Lactentes em via oral: - Recém-nascido pré-termo de idade gestacional igual ou inferior a 28 semanas com morbidades associadas, sem condições de amamentar; - Má formação labial e/ou de palato sem condições de receber o leite materno por sucção ou ordenha ou leite humano doado e apresentar desnutrição ou curva de crescimento decrescente. Lactentes em via alternativa de alimentação: - Idade entre 06 e 12 meses (será considerada a idade corrigida).	60% do GET

HTB



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

ANEXO VI – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO		
<input type="checkbox"/> 1ª Solicitação	<input type="checkbox"/> 1ª Renovação	<input type="checkbox"/> 2ª Renovação
Nome Completo:		
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DN: ____/____/____	
Cartão SUS:		
Nome completo da Mãe:		
Responsável:		DN: ____/____/____
CPF:	RG:	CNS:
Endereço:		
CEP:		
Município de Residência:		UF:
Telefones:		
Email:		
INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA		
Doença principal:		CID:
Outros Diagnósticos		
CIDs:		
Assinalar o agravo que justifica a indicação da terapia nutricional:		
<input type="checkbox"/> Afagia/Disfagia por alteração mecânica da deglutição ou transito digestivo	<input type="checkbox"/> Síndrome de má digestão	
<input type="checkbox"/> Afagia/Disfagia por doença neurológica moderada a grave	<input type="checkbox"/> Desnutrição	
<input type="checkbox"/> Transtorno de mobilidade intestinal		
Outro:		
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL		
Peso (kg): _____ Atual () Estimado () Estatura (cm): _____ Atual () Estimado ()		
IMC:		
Laudo Nutricional:		

Handwritten signature and initials in blue ink.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

VIA DE ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL		
<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> TNE + VO <input type="checkbox"/> TNE EXCLUSIVA <input type="checkbox"/> TNE + TPP		
Via de Acesso:		
Sonda: <input type="checkbox"/> Nasogástrica <input type="checkbox"/> Nasoentérica <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia		
Descritivo da Fórmula Solicitada	Volume e fracionamento/Dia	Total/Mês
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
Nome do Estabelecimento:		CNES:
Nome do Profissional:		CRM/CRN:
CPF:	CNS:	
Data: ____/____/____.		
_____ Assinatura e Carimbo (Médico)		_____ Assinatura e Carimbo (Nutricionista)

Handwritten signature in blue ink



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

ANEXO VII - TERMO ENTREGA DE FORMULA NUTRICIONAL EM PÓ

Nome:	
Endereço:	
Bairro:	
Telefone:	
CPF:	RG:
Cartão SUS:	
Tipo de Formulação:	
a) FÓRMULA INFANTIL PARA 1º E 2º SEMESTRE	
<input type="checkbox"/> Fórmula Infantil de Seguimento com Ferro para Lactentes de 0 a 6 Meses de Idade	
<input type="checkbox"/> Fórmula Infantil de Seguimento com Ferro para Lactentes a Partir de 6 Meses de Idade.	
b) FÓRMULA DE ISOLADO DE SOJA:	
<input type="checkbox"/> Fórmula Infantil de Origem Vegetal a Base de Proteína Isolada De Soja, Isenta de Lactose e Sacarose.	
c) FÓRMULA POLIMÉRICA ISENTA DE LACTOSE E GLÚTEN	
<input type="checkbox"/> Fórmula Infantil Especial, Isenta de Lactose, à Base de Leite de Vaca, Óleos Vegetais e Maltodextrina	
<input type="checkbox"/> Alimento Nutricional Completo e Balanceado para Consumo Oral ou Enteral para Crianças de 1 A 10 Anos.	
d) FÓRMULA AUXILIAR PARA SISTEMA IMUNOLÓGICO	
<input type="checkbox"/> Suplemento Nutricional Composto Com Exclusivo Prebio1	
e) Outras:	
Dados do Responsável:	
CPF:	RG:
Cartão do SUS:	
Data Entrega	Assinatura (Nome Completo e legível)

Rondonópolis/MT, ___/___/___.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

ANEXO VIII - TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____
Inscrito no CPF _____ declaro ter conhecimento das obrigações que tenho de cumprir para poder receber o item abaixo assinalado.

Tipo de Formulação:

FÓRMULA INFANTIL PARA 1º E 2º SEMESTRE

- Fórmula Infantil de Seguimento com Ferro para Lactentes de 0 a 6 Meses de Idade
 Fórmula Infantil de Seguimento com Ferro para Lactentes a Partir de 6 Meses de Idade.

FÓRMULA DE ISOLADO DE SOJA:

- Fórmula Infantil de Origem Vegetal a Base de Proteína Isolada De Soja, Isenta de Lactose e Sacarose.

FÓRMULA POLIMÉRICA ISENTA DE LACTOSE E GLÚTEN

- Fórmula Infantil Especial, Isenta de Lactose, à Base de Leite de Vaca, Óleos Vegetais e Maltodextrina
 Alimento Nutricional Completo e Balanceado para Consumo Oral ou Enteral para Crianças de 1 A 10 Anos.

FÓRMULA AUXILIAR PARA SISTEMA IMUNOLÓGICO

- Suplemento Nutricional Composto Com Exclusivo Prebio1

Outros:

Comprometo informar o setor de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde, em caso de óbito ou não haver mais a necessidade do fornecimento do complemento alimentar para o paciente. Declaro ainda que tenho ciência que o descumprimento do compromisso ora firmado, acarretará em prejuízo a outros pacientes que necessitam dos complementos alimentares.

Rondonópolis/MT, ____/____/____.

Assinatura do paciente / representante

CPF:



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

ANEXO IX – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO – NASF

1. Quantas pessoas residem na moradia? () Uma () Duas () Três () Quatro Ou Mais
2. Alguém na família possui alguma doença crônica não transmissível? () Sim () Não <u>Se</u> <u>NÃO pule para a pergunta nº 5</u>
3. Qual doença crônica não transmissível e qual membro da família possuem? () Diabetes _____ () Hipertensão _____ () Obesidade _____ () Câncer _____
4. Alguém do grupo familiar faz uso de algum medicamento fornecido pela Secretária Municipal de Saúde? () Sim () Não <i>Se SIM qual medicamento:</i> _____
5. Quanto a Saneamento básico sua casa possui: () Esgoto () Água encanada () Coleta resíduos sólidos
6. A casa onde você mora é? () Própria () Alugada () Cedida
7. Quantos quartos possuem na residência? () Um () Dois () Três () Quatro ou mais
8. Quantos banheiros a residência possui? () Um () Dois () Três ou mais
9. Qual a renda familiar? () (até R\$ 998,00); () (de R\$ 998,01 até R\$ 2.994,00); () (de R\$ 2.994,01 até R\$ 5.988,00); () (de R\$ 5.998,01 até R\$ 8.982,00); () (de R\$ 8.982,01 até R\$ 11.976,00) () (mais de R\$ 11.976,01)
10. Até qual série seu pai estudou? () Da 1ª à 4ª série do Ensino Fundamental () Da 5ª à 8ª série do Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior () Especialização () Não estudou
11. Até qual série sua mãe estudou? () Da 1ª à 4ª série do Ensino Fundamental () Da 5ª à 8ª série do Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior () Especialização () Não estudou
12. Quantos carros existem em sua residência? () Nenhum () Um () Dois () Três ou mais

Assistente Social

Handwritten signature and initials in blue ink.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

ANEXO X – QUESTIONÁRIO DE CONSUMO ALIMENTAR

Nome do paciente:	
Sexo:	Data de Nascimento: / /
Número do cartão SUS:	
Nome do Profissional:	Data:
CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES	<i>Ontem a criança consumiu:</i>
Mingau	() Sim () Não () Não Sabe
Água/chá	() Sim () Não () Não Sabe
Leite de vaca	() Sim () Não () Não Sabe
Fórmula Infantil	() Sim () Não () Não Sabe
Suco de fruta	() Sim () Não () Não Sabe
Fruta	() Sim () Não () Não Sabe
Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	() Sim () Não () Não Sabe
Outros alimentos/bebidas	() Sim () Não () Não Sabe
A criança ontem tomou leite do peito?	() Sim () Não () Não Sabe
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES	<i>Ontem a criança consumiu:</i>
Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	() Sim () Não () Não Sabe
Se sim, Quantas Vezes?	() 1 vez () 2 vezes () 3 vezes ou mais () Não Sabe
Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	() Sim () Não () Não Sabe
Se sim, Quantas Vezes?	() 1 vez () 2 vezes () 3 vezes ou mais () Não Sabe
Se sim, Como essa comida foi oferecida?	() Em pedaços () Amassada () Passada na peneira () Liquidificada () Só o caldo (



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

)Não Sabe
A criança ontem tomou leite do peito?	()Sim () Não ()Não Sabe
Outro leite que não o leite do peito	()Sim () Não ()Não Sabe
Mingau com leite	()Sim () Não ()Não Sabe
Iogurte	()Sim () Não ()Não Sabe
Legumes	()Sim () Não ()Não Sabe
Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora, cenoura, mamão, manga)	()Sim () Não ()Não Sabe
Folhas verdes escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda)	()Sim () Não ()Não Sabe
Verdura de folha (alface, acelga, repolho)	()Sim () Não ()Não Sabe
Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	()Sim () Não ()Não Sabe
Fígado	()Sim () Não ()Não Sabe
Feijão	()Sim () Não ()Não Sabe
Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	()Sim () Não ()Não Sabe
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	()Sim () Não ()Não Sabe
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	()Sim () Não ()Não Sabe
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	()Sim () Não ()Não Sabe
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	()Sim () Não ()Não Sabe



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	<i>Ontem você consumiu:</i>
Quais refeições você faz ao longo do dia? *	() Café da manhã () Lanche da manhã () Almoço () Lanche da tarde () Jantar () Ceia
Feijão	() Sim () Não () Não Sabe
Frutas Frescas (não considerar suco de frutas)	() Sim () Não () Não Sabe
Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	() Sim () Não () Não Sabe
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	() Sim () Não () Não Sabe
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	() Sim () Não () Não Sabe
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados Sim Não Sabe	() Sim () Não () Não Sabe
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	() Sim () Não () Não Sabe

Fonte: Sisvan Web

* Marcar todas as respostas dadas pelo entrevistado

NUTRICIONISTA

HTB J



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

ANEXO XI – REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO DO PACIENTE DO CADASTRO MUNICIPAL PARA RECEBIMENTO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS

Eu,

RG....., responsável pelo paciente

.....,
Cartão SUS n.º, requiro a exclusão do cadastro de pacientes beneficiados com o fornecimento de Formulação Nutricional, em virtude de

.....
.....

Rondonópolis - MT, ____ / ____ / ____

Assinatura do requerente

Handwritten signature in blue ink, appearing to be "LFB" with a flourish.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS

ANEXO XII - FLUXOGRAMA DOS PROCEDIMENTOS PROTOCOLO DE DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS ESPECIAIS NO MUNICÍPIO DE RONDONÓPOLIS/MT

