



NTB Nº	Revisão/Aprovação	Módulo de Benefício
001.2015	05/05/2023	Médico Hospitalar
Assunto	EQUIPAMENTOS COLETORES E ADJUVANTES DE PROTEÇÃO DE OSTOMIAS	

Classificação do documento: Corporativa

## ANEXO I

### ADESÃO AO FORNECIMENTO DOS EQUIPAMENTOS COLETORES E ADJUVANTES PARA ESTOMIAS

Beneficiário(a):

Registro:

Doença de base:

Tipo de cirurgia realizada:

**Data da realização:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Permanência do estoma:

( ) Temporário ( ) Meses

( ) Definitivo

( ) Indeterminado

**Tipo de estomia:**

**Localização da região abdominal e do sistema digestório ou urinário:**

**Quadro clínico atual:**

Equipamento coletor necessário e quantidade:

Local/Data:

Nome e assinatura do profissional solicitante