



Associação  
Brasileira de  
Esclerose Lateral  
Amiotrófica



Filial à Internacional  
Alliance of ALS/MND

## Modelo do Pedido para solicitação de BiPAP

### Modelo do pedido: À Secretaria de Saúde Municipal

O (a) paciente \_\_\_\_\_  
com diagnóstico de \_\_\_\_\_, necessita de assistência  
ventilatória conforme segue abaixo:

- . 01 BiPAP Synchrony II
- . 02 Interface/mês (conforme modelo indicado pelo fisioterapeuta respiratório)
- . 01 Touca / mês
- . 03 Filtros/ mês
- . 01 Circuito (Traqueia) – de 03 em 03 meses
- . 01 No-Break
- . 01 Umidificador – de 06 em 06 meses
- . 01 bateria
- . Com necessidade de avaliação/manutenção mensal.

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA - ABrELA**

Rua Botucatu, 395/397 - Vila Clementino - São Paulo/SP

CEP: 04023-061

Tel/Fax: (011) 5579 - 2668 / 5579 - 4902

abrela@abrela.org.br

[www.abrela.org.br](http://www.abrela.org.br)

CNPJ: 02.998.423/0001-78 – Utilidade Pública Municipal: Decreto 43.282 de 29.05.03

