



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA BRANCA

Secretaria Municipal da Saúde

NOTA TÉCNICA N°002/2026/SBRAN/SMS/GABINETE

Referência: Processo nº 3546009.430.00002867/2026-82

Publicação do “Protocolo Municipal de Dispensação de Fraldas Descartáveis”

I SUMÁRIO EXECUTIVO

1. Trata-se de Nota Técnica de cunho orientativo, com o objetivo de publicar e normatizar o “Protocolo Municipal de Dispensação de Fraldas Descartáveis” para o município de Santa Branca/SP;

II ANÁLISE

2. Considerando o Art. 2ª da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em que apresenta a saúde como direito fundamental do ser humano, em que o Estado deve prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício na execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, sem excluir o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade;

3. Considerando o “Protocolo para Dispensação de Fralda Descartável” (Santa Branca, 2021) que disponibilizava fraldas conforme classificação de incontinência urinária e/ou fecal relacionada a condições de saúde/patologias;

4. Considerando que o município de Santa Branca/SP fornecia fraldas para 60 usuários, sendo 54 em uso de fraldas geriátricas/adultos e apenas 06 em uso de fraldas pediátricas;

5. Considerando a dispensação mensal de fraldas conforme tabela abaixo:

Classificação	Tamanho	Quantidade/mês
Adulto	P	360
	M	1.048
	G	2.210
	EG	1.371
Pediátrico	>10 kg	148
	> 15 kg	64

6. Considerando o fornecimento de fraldas geriátricas pelo Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) em que o paciente deverá ter idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou ser pessoa com deficiência, e, deverá apresentar prescrição, laudo ou atestado médico que indique a necessidade do uso de fralda geriátrica, no qual conste, na hipótese de paciente com deficiência, a respectiva Classificação internacional de Doenças (CID).

7. Considerando a necessidade de padronizar o fornecimento de fraldas para aqueles que **não** se enquadram no protocolo de dispensação pelo PFPPB, tais como crianças com deficiência.

8. A Secretária Municipal de Saúde aprova o “Protocolo para Dispensação de Fraldas Descartáveis”.

III CONCLUSÃO

9. A interrupção do fornecimento de fraldas geriátricas pela administração municipal fundamenta-se nos princípios da eficiência administrativa e da economicidade, considerando a recente ampliação do PFPB do Ministério da Saúde.

10. Conforme as Diretrizes do SUS o município deve evitar a sobreposição de serviços. Uma vez que o Governo Federal assumiu o custeio e a logística de distribuição das fraldas por meio de convênio com a rede privada (farmácias credenciadas), a manutenção de um fluxo municipal paralelo configuraria duplicidade de financiamento para a mesma finalidade.

11. Com isso, a Secretaria Municipal de Saúde padroniza a distribuição de forma **exclusiva** para as crianças com deficiência em uso de fraldas pediátricas.

IV REFERÊNCIAS

Brasil – Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Farmácia Popular do Brasil.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/farmacia-popular>.

Santa Branca, na data da assinatura digital.

CAIO DA CUNHA PINTO
Secretário Adjunto de Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Caio da Cunha Pinto, Secretário Adjunto**, em 14/05/2026, às 10:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no [Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023](#) e [Decreto Municipal de regulamentação do processo eletrônico](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://cidades.sei.sp.gov.br/sjcampos/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1150842** e o código CRC **DC18F882**.



PROTOCOLO MUNICIPAL DE DISPENSAÇÃO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS

Março - 2025



SUMÁRIO

1. **INTRODUÇÃO**
2. **OBJETIVO**
3. **BASE LEGAL**
4. **CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE**
5. **CADASTRO, CONCESSÃO E DISPENSAÇÃO DE FRALDAS**
6. **CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**
7. **CRITÉRIOS DE DESLIGAMENTO**
8. **CARACTERÍSTICA DO INSUMO**
9. **QUANTIDADE**
10. **ACESSO AO INSUMO**
11. **FLUXO**
12. **CONSIDERAÇÕES**
13. **DISPOSIÇÕES FINAIS**
14. **ANEXOS**
 - a) **ANEXO I – FLUXO PARA RECEBIMENTO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS**
 - b) **ANEXO II – TERMO DE COMPROMISSO E CONTROLE DE RETIRADA**
 - c) **ANEXO III – FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS (MÉDICO)**
 - d) **ANEXO IV – REQUERIMENTO PARA ALTERAÇÃO DE TAMANHO E QUANTIDADE**
 - e) **ANEXO V – AVALIAÇÃO PARA DISPENSAÇÃO DE FRALDAS (ENFERMEIRO)**
 - f) **ANEXO VI – DECLARAÇÃO COMPROBATÓRIA DE RESIDÊNCIA (ACS)**



1. INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Santa Branca - SP, em consonância com os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) e com o direito dos cidadãos de acessarem de maneira organizada e ordenada os serviços de saúde, apresenta a nova versão do Protocolo de Dispensação de Fraldas Descartáveis, exclusivamente aos usuários residentes no município de Santa Branca - SP, desde que atendam aos critérios de elegibilidade estabelecidos.

Este protocolo tem como objetivo fornecer fraldas descartáveis à um público específico, que não se enquadra nos critérios de dispensação pela Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), de modo a garantir que o princípio de equidade seja aplicado. As fraldas descartáveis são essenciais para a higiene íntima, na prevenção do agravamento de doenças e na promoção de recuperação da saúde.

Estabelecer critérios clínicos para a utilização desses insumos é de extrema relevância para o gerenciamento eficiente dos serviços de saúde, proporcionando transparência e acesso equitativo aos recursos públicos.

Este protocolo foi revisado com base nas normas que regulamentam a distribuição gratuita de fraldas geriátricas no Brasil, no âmbito do PFPB. Foram consideradas as regras consolidadas pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); a Portaria nº 111, de 28 de janeiro de 2016, que regulamenta o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB); e as atualizações introduzidas pela Portaria GM/MS nº 3.073, de 15 de janeiro de 2024, que estabelece a distribuição de fraldas geriátricas exclusivamente para idosos e pessoas com deficiência.

O presente protocolo, em sua terceira revisão e versão, elaborado inicialmente em 2021, tem como objetivo geral orientar e sistematizar os processos de solicitação, cadastro e dispensação das fraldas descartáveis no âmbito do SUS no Município de Santa Branca – SP.

2. OBJETIVO

O objetivo deste Protocolo é sistematizar a solicitação, cadastro e dispensação de fraldas



descartáveis pediátricas para usuários portadores de patologias específicas, além de definir as indicações clínicas e estabelecer critérios de inclusão, exclusão, acompanhamento e alta de usuários para a dispensação de fraldas descartáveis.

3. BASE LEGAL

- Constituição Federal de 1988 – Art. 196
- Lei nº 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde
- Lei nº 8.142/1990
- Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)
- Estatuto da Pessoa com Deficiência – Lei nº 13.146/2015
- Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017
- Portaria nº 111, de 28 de janeiro de 2016
- Portaria GM/MS nº 3.073, de 15 de janeiro de 2024

4. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

- Ser residente em Santa Branca – SP;
- Usuários que se enquadram na prescrição de fraldas pediátricas tamanho EGG;
- Possuir cadastro ativo no CadÚnico;
- Possuir receita médica originada do SUS com CID prescrevendo a solicitação de fralda descartável, bem como o tamanho e a quantidade necessária;
- O CID deve estar inserido no rol de critérios clínicos constantes neste Protocolo.

OBSERVAÇÃO: A distribuição gratuita de fraldas geriátricas no Brasil é regulamentada pelo Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), com regras consolidadas pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017 e atualizações frequentes. O benefício é voltado a pessoas com 60 anos ou mais ou com deficiência, mediante receita/laudo médico.



4.1 CRITÉRIOS CLÍNICOS DE ELEGILIDADE PARA OBTENÇÃO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS

a) **Usuários acamados ou com mobilidade reduzida (uso de próteses ou órtese), como seguintes diagnósticos:**

- CID R15: Incontinência fecal
- CID R32: Incontinência urinária
- CID N31: disfunção neuromuscular da bexiga
- CID K 59.2: cólon neurogênico

b) **Usuários com mobilidade preservada deve-se associar aos diagnósticos descritos no item 3.1.1, os seguintes diagnósticos primários:**

- F01 – Demência vascular
- F02 - Demência em outras doenças classificadas em outra parte
- F03 - Demência não especificada
- F72 – Retardo Mental Grave
- F73 – Retardo Mental Profundo
- F84.0 – Autismo infantil
- G04 – Encefalite, Mielite, Encefalomielite
- G05 – Encefalite, mielite e encefalomielite em doenças classificadas em outra parte
- G06 – Abscesso e granuloma intracranianos e intra-raquidianos
- G07 – Abscesso e granuloma intracranianos e intraspinais em doenças classificadas em outra parte
- G08 – Flebite e tromboflebite intracranianos e intra-raquidianas
- G09 – Sequelas de doenças inflamatórias do sistema nervoso central
- G31 – Outras doenças degenerativas do sistema nervoso não classificadas em outra parte
- G32 – Outros transtornos degenerativos do sistema nervoso em doenças classificadas em outra parte
- G63 – Polineuropatia em doenças classificadas em outra parte
- G80 – Paralisia Cerebral
- G82 – Paraplegia e Tetraplegia
- G93.1 – Lesão Encefálica Anóxica, não especificado como hemorrágico ou isquêmico
- I60 – Hemorragia Subaracnóidea



- I61 – Hemorragia Intracerebral
- I62 – Outras hemorragias intracranianas não traumáticas
- I63 – Infarto Cerebral
- I64 – Acidente Vascular Cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico
- I65 – Oclusão e estenose de artérias pré-cerebrais que não resultam em infarto cerebral
- I66 – Oclusão e estenose de artérias cerebrais que não resultam em infarto cerebral
- I67 – Outras doenças cerebrovasculares
- I68 – Transtornos cerebrovasculares em doenças classificadas em outra parte
- I69 – Sequela de Doença Cerebrovascular
- N39.4 – Bexiga Hiperativa
- Q00 – Anencefalia e malformações similares
- Q01 – Encefalocele
- Q02 – Microcefalia
- Q03 – Hidrocefalia congênita
- Q04 – Outras malformações congênitas do cérebro
- Q05 – Espinha Bífida
- Q06 – Outras malformações congênitas da medula espinhal
- T90.5 – Sequela de Traumatismo Intracraniano
- T91.1 – Sequela de Traumatismo de Coluna Vertebral

5. CADASTRO, CONCESSÃO E DISPENSAÇÃO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS

Para efetivar o cadastramento, o familiar ou responsável deverá comparecer na Unidade Básica de Saúde (UBS) de sua referência com os seguintes documentos abaixo relacionados:

- Documento de identificação com foto (RG, CNH e CPF) do usuário e do responsável;
- Comprovante de residência atualizado do usuário;
- Comprovante do CadÚnico.
- Prescrição médica do SUS atualizada contendo critério clínico, CID, quantidade e tamanho das fraldas;

Durante o atendimento serão verificados os critérios de elegibilidade. Caso seja elegível é dado seguimento. Na negativa, o processo é encerrado e justificado o motivo.



Na sequência, o familiar ou responsável irá receber as orientações da concessão e dispensação, através do TERMO DE COMPROMISSO (ANEXO II) que discorre sobre a sua responsabilidade na retirada das fraldas, bem como, de informar quando estas não serão mais utilizadas pelo usuário.

O fornecimento será efetuado mensalmente, através da apresentação do TERMO DE RESPONSABILIDADE (ANEXO VII), no Setor de Almojarifado, conforme quantidade prescrita em formulário médico, sendo, o limite máximo estabelecido, de 02 fraldas/dia (60 fraldas /mês).

A Secretaria Municipal de Saúde de Santa Branca – SP, fornecerá as fraldas pelo período de 6 (seis) meses após o início da entrega das fraldas ao usuário, podendo ser renovado por igual período, enquanto permanecer a necessidade de uso.

Para a renovação da concessão das fraldas o familiar e/ou responsável deve comparecer novamente a UBS de referência com os seguintes documentos:

- Documento de identificação com foto (RG, CNH e CPF) do usuário e do responsável;
- Comprovante de residência atualizado do usuário;
- Comprovante do CadÚnico.
- Prescrição médica do SUS atualizada contendo critério clínico, CID, quantidade e tamanho das fraldas;

Com a apresentação dos documentos para renovação, será entregue um novo TERMO DE COMPROMISSO do benefício com validade de 6 meses.

Os usuários cadastrados no Programa de dispensação de fraldas devem ser acompanhados pelas equipes da UBS de referência, que em caso de intercorrências/ irregularidades observadas, notificarão formalmente a Secretaria Municipal de Saúde para providências.

Caso haja necessidade de alteração do tamanho das fraldas ou alteração de quantidade para número menor ao fornecido, em virtude da redução de uso, esta poderá ser solicitada no local em que o familiar e/ou responsável fez o cadastramento, mediante requerimento assinado com nova solicitação médica (conforme critérios de elegibilidade).

Situações em que se alterar o cuidador responsável pelo usuário e/ou número de telefone de



contato e endereço, bem como alteração de Unidade de Saúde de referência, deverá ser atualizada durante o processo junto as equipes de Estratégia de Saúde da Família.

Não será permitido o recebimento cumulativo do insumo.

Todas as informações necessárias para a inclusão deverão estar atestadas no relatório médico classificados pelo CID-10.

6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Usuários que não residem em Santa Branca/SP;
- Usiários que não utilizam fraldas pediátricas;
- Mudança de Município de residência;
- Ausência de renovação do processo após 6 (seis) meses de inclusão;
- Usuários que não se enquadrem nos critérios estabelecidos neste protocolo;
- Em casos de cessar a necessidade do uso das fraldas voluntariamente, o requerimento de exclusão, deve ser preenchido pelo usuário e/ou familiar ou responsável;
- Usuários estomizados (urostomia, vesicostomia, colostomia, ileostomia) que acumulem incontinência urinária e anal, podem ser excluídos se fizerem uso de dispositivos coletores, ou seja, bolsa de colostomia e sonda vesical;
- Usuários e/ou responsável que agirem de má fé, ou seja, que praticarem a comercialização ou qualquer tipo desvio do insumo recebido, sob pena de incorrer nas penalidades legais cabíveis, uma vez que os insumos dispensados são de uso exclusivo do usuário cadastrado;

7. CRITÉRIOS DE DESLIGAMENTO

- A ausência do usuário ou responsável para retirada dos insumos por período igual ou superior a 30 (trinta) dias, salvo os casos devidamente justificados;
- Ausência do responsável em efetuar a renovação do processo administrativo após 6 meses de atendimento;
- Alta médica considerando que, caso não seja mais necessário a utilização do insumo antes



do prazo de seis meses, o responsável deverá comunicar o setor responsável pela entrega de fraldas para exclusão cadastral;

- Usuários com potencial de reabilitação da incontinência;

- Em caso de óbito, o responsável deverá comunicar a equipe de Estratégia de Saúde da Família até 10 dias após o óbito;

OBSERVAÇÃO: Nos casos de exclusão e/ou desligamento, os pacotes de fraldas que não foram utilizados devem ser devolvidos para o setor de entrega de fraldas, lacrados e em perfeitas condições de uso.

8. CARACTERÍSTICAS DO INSUMO

Caberá a Secretaria Municipal de Saúde ofertar insumos tomando como base os seguintes critérios:

- Composição: o material deverá promover a transpiração da pele adequadamente para proteger sua integridade.

- Tamanho: deverá atender aos tamanhos padronizados para uso infantil (pediátrico) levando em consideração peso e cintura, conforme quadro abaixo:

Guia auxiliar para tamanho de fraldas			
TIPO	TAMANHO	PESO	CINTURA
Pediátrica	Pequena	3 – 5 kg	
	Média	5 – 10 kg	-
	Grande	10 – 14 kg	-
	Extra grande (EG)	14 – 16 kg	-
	Extra GG (EGG)	16 – 25 kg	-

Fonte: Protocolo para Fornecimento de Insumos aos Portadores de Incontinência Urinária ou Fecal – Maceió, 2016 (adaptado)

9. QUANTIDADE

Recomenda-se que o quantitativo deverá ser de no máximo 02 fraldas/dia.



10. ACESSO AO INSUMO

A prescrição do uso da fralda descartável deverá ser feita por profissional médico, da UBS de referência, utilizando o FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS (**ANEXO III**).

O profissional enfermeiro da UBS, deverá avaliar o usuário (através de visita domiciliar ou atendimento presencial), para indicar a quantidade necessária, o tamanho e a severidade da perda urinária, indicando no FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PARA DISPENSAÇÃO DE FRALDAS (**ANEXO V**). Este formulário também deverá ser preenchido pelo Médico da UBS.

O processo de dispensação de fraldas descartáveis terá validade de **no máximo 6 (seis) meses** a contar da data da primeira retirada. Após este período, a documentação deverá ser renovada (**ANEXOS III E V**).

Para casos temporários, abaixo do período de **06 (seis) meses**, o médico deverá informar qual será o período de dispensação.

Casos de alteração de tamanho e/ou quantidade de fraldas e/ou classificação do grau de severidade, deverão ser alterados através do FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO PARA ALTERAÇÃO DE TAMANHO (**ANEXO IV**), e enviados ao almoxarifado para realizar a troca.

OBSERVAÇÃO: Todos os documentos deverão ser arquivados no prontuário do usuário.

11. ACOMPANHAMENTO DO(A) USUÁRIO(A) BENEFICIADO(A) COM AS FRALDAS DESCARTÁVEIS

Para acompanhamento do(a) usuário(a) e manutenção no Programa caberá a ESF de referência:

- Realizar o primeiro atendimento ao familiar e/ou usuário, bem como ;
- Realizar a orientação sobre o acesso às fraldas;
- Realizar o cadastro e armazenar os processos
- Realizar visitas domiciliares periódicas e programadas conforme Pnab vigente, bem como



realizar registro em prontuário.

- Certificar-se de que o usuário não está apresentando problemas de pele e/ou outras complicações relacionadas ao uso incorreto da fralda, como dermatites e infecções do trato geniturinário; E, em casos de alterações realizar tratamento conforme diagnóstico clínico;

- Acompanhar e orientar sobre a importância da retirada e renovação do insumo corretamente;

- Informar o setor de Almoxarifado em caso de óbito ou interrupção do uso das fraldas;

- Monitorar as solicitações de fraldas descartáveis;

- Quando o parecer for pelo indeferimento, comunicar ao solicitante o motivo da negativa;

- Quando o parecer for pelo deferimento do processo, solicitar a assinatura usuário/responsável no TERMO DE COMPROMISSO E RETIRADA (ANEXO II) sobre as implicações no recebimento das fraldas descartáveis para anexar ao processo;

- Atualizar mensalmente a lista de usuário beneficiados que apresentam concessão ativa;

12. FLUXO

O usuário ou seu responsável deverá dirigir-se à UBS de sua referência para cadastro apresentando os seguintes documentos:

a. RG e CPF (usuário e responsável)

b. Comprovante do CadÚnico (usuário)

c. Comprovante de endereço (emitido com data atual, no máximo de 6 meses anterior).

No caso de não possuir comprovante em seu nome apresentar declaração do ACS da área de cobertura da residência (ANEXO VI)

d. FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS preenchido pelo médico (ANEXO III) juntamente com receituário médico (CID's constantes neste protocolo).

Após cadastro, o enfermeiro da equipe fará a análise dos critérios de elegibilidade e indicará o tipo e a quantidade do insumo no FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PARA DISPENSAÇÃO DE FRALDAS



(ANEXO V), de acordo com a avaliação do usuário, realizada através de visita domiciliar ou atendimento presencial.

TODOS os usuários contemplados neste protocolo deverão ser cadastrados no Sistema de Almoxarifado do Setor de Saúde.

Os usuários com deficiência deverão ter seu cadastro destacando o tipo de deficiência que apresentam.

A dispensação das fraldas só poderá ser feita diretamente ao usuário, responsável ou pessoa previamente autorizada.

OBSERVAÇÃO: O TERMO DE COMPROMISSO E RETIRADA / RECEBIMENTO DO INSUMO FRALDA DESCARTÁVEL (ANEXO II) DEVERÁ SER ASSINADO A CADA DISPENSAÇÃO.

13. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dispensação de fraldas será mensal, realizada no Almoxarifado da Saúde, localizado no endereço, Praça Rui Barbosa, Nº 109, Centro, Santa Branca – SP, mesmo prédio Pronto Atendimento Municipal.

A renovação será **OBRIGATORIAMENTE a cada 06 (seis) meses**

Só receberão os insumos os usuários que se enquadrarem nos **critérios de elegibilidade**.

Os casos de transferência de município ou óbito deverão ser comunicados à UBS, **IMEDIATAMENTE**, sendo que, nesses casos, deverá ser dada baixa no **fornecimento** e, também, anotado no controle, sendo este mantido como “arquivo morto” (os casos de óbito deverão ser comprovados através de documento).

Em casos de irregularidades ou dúvida da condição clínica do usuário poderá ser solicitada reavaliação pelo médico da unidade.

As atualizações **IMPRETERIVELMENTE** serão de responsabilidade da UBS de acordo com a orientação da Secretaria Municipal de Saúde.



Este protocolo foi elaborado por: Mariana de Sousa Hofacker, Gabriela Napoleão Moraes, Caio da Cunha Pinto e Tatiana Claus Silva.




ANEXO I: FLUXO PARA RECEBIMENTO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS




- **Usuário, familiar ou responsável procura a UBS de Referência - análise dos critérios de elegibilidade pelo(a) enfermeiro (a) da ESF**




- **Receituário médico (CID's constantes no protocolo)**




- **Avaliação do(a) enfermeiro(a) para indicar a quantidade e o tamanho das fraldas**



- **Enfermeiro(a) coordenadora da UBS encaminha cópia dos documentos ao setor de almoxarifado (Anexo II, Anexo III, Anexo IV, Anexo V e Anexo VI)**



- **Almoxarifado fará a análise de estoque para liberação e comunicará a UBS para que entre em contato com o usuário, familiar ou responsável para retirada das fraldas.**



- **Usuário ou responsável assina o termo de recebimento e faz a retirada do material.**



ANEXO II - TERMO DE COMPROMISSO E RETIRADA DO INSUMO FRALDA DESCARTÁVEL

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO			
CPF	Cartão SUS		Prontuário/ Unidade de saúde
Data de nascimento	Idade	Sexo	Obs:
Endereço			
Bairro	Cep	Telefone:	

Declaro estar ciente que para RETIRAR as fraldas, o responsável/usuário deve comparecer ao Almoxarifado da Saúde, localizado na Praça Rui Barbosa Nº 109, Centro, munido de documento de identificação (cartão SUS, RG ou CPF) mensalmente.

O fornecimento de fraldas se dará pelo **período de 06 (seis) meses**, para casos com dispensação temporária, abaixo de 06 (seis) meses, a dispensação se dará pelo período indicado pelo médico.

Permanecendo a necessidade do usuário, o responsável deverá comparecer à unidade de referência **com antecedência** antes do fim do prazo, solicitando a renovação do benefício.

O fornecimento será mensal e a entrega será efetuada na unidade indicada e nas datas e horários preestabelecidos.

As fraldas descartáveis fornecidas pelo município são para uso exclusivo do usuário para o qual foi requisitado o insumo.

Caso não seja retirada a cota de fraldas dentro do mês, essa não será acumulada para o mês seguinte.

Caso haja necessidade de alteração de tamanho das fraldas, deverá ser solicitado na UBS, via requerimento para alteração.

O não comparecimento para a retirada das fraldas por período igual ou superior a 30 (trinta) dias, implicará na suspensão do benefício, salvo os casos devidamente justificados (ex: internação hospitalar).

O fornecimento também será suspenso em casos de uso indevido do material (comercialização, armazenamento sem necessidade, uso para outra finalidade, má fé).

Declaro estar ciente e de acordo com as normas para recebimento de Fraldas Descartáveis.

Usuário: _____
Responsável: _____

RECEBIDO em: ___/___/___

CONTROLE DE RETIRADA:



	DATA	NOME	QUANTIDADE FORNECIDA	ASSINATURA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				



ANEXO III – FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS (MÉDICO)

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO					
NOME:					
CPF	Cartão SUS		Prontuário/ Unidade de saúde		
Data de Nasc:	Idade	Sexo	Telefone		
Endereço			Bairro		
CEP	CIDADE		ESTADO		
Unidade de Saúde/ Serviço de Saúde: _____					
Condição da mobilidade: () com mobilização () mobilidade reduzida () acamado					
DIAGNÓSTICO:				CID:	
TIPO DE INCONTINÊNCIA: () URINÁRIA () FECAL			PATOLOGIAS ASSOCIADA		
Assinale	CID	Tipo de incontinência	Assinale	CID	Patologia associada
	R15	Fecal		C61	Neoplasia maligna da próstata
	R32	Urinária		F02	Demência em outras doenças classificadas em outra parte
	N31	disfunção neuromuscular da bexiga		F72	Retardo Mental Grave
	K59.2	Cólon neurogênico		F84.0	Autismo infantil
				G04	Encefalite, Mielite, Encefalomielite
				G31	Outras doenças degenerativas do sistema nervoso não classificadas em outra parte
				G32	Outros transtornos degenerativos do sistema nervoso em doenças classificadas em outra parte
				G80	Paralisia Cerebral
				G82	Paraplegia e Tetraplegia
					Lesão Encefálica Anóxica, não



PREFEITURA DE
SANTA BRANCA

		G93.1	especificado como hemorrágico ou isquêmico
		I61	Hemorragia Intracerebral
		I63	Infarto Cerebral
		I64	Acidente Vascular Cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico
		I69	Sequela de Doença Cerebrovascular
		N39.4	Bexiga Hiperativa
		Q02	Microcefalia
		Q05	Espinha Bífida
		T90.5	Sequela de Traumatismo Intracraniano
		T91.1	Sequela de Traumatismo de Coluna Vertebral

OBSERVAÇÕES:

MÉDICO PRESCRITOR

Data:

Médico que faça parte da equipe que acompanha o usuário): (Assinatura e carimbo com registro no Conselho Regional do profissional)

____/____/____



ANEXO IV – REQUERIMENTO PARA ALTERAÇÃO DE TAMANHO/CAPACIDADE/QUANTIDADE

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO		
Nome:		
CPF	Cartão SUS	Prontuário/ Unidade de saúde
Data de nascimento:	Idade	Sexo
JUSTIFICATIVA DA ALTERAÇÃO:		Endereço:
		Bairro:
		CEP:
		Telefone:
ESPECIFICAÇÃO - FRALDA		
PEDIÁTRICA	<input type="checkbox"/> P PESO (3 – 5 kg) <input type="checkbox"/> M PESO (5 – 10 kg) <input type="checkbox"/> G PESO (10 – 14 kg) <input type="checkbox"/> EG PESO (14 – 16 kg) <input type="checkbox"/> EGG PESO (16 – 25 kg)	
QUANTIDADE	02 fraldas/dia	
PROFISSIONAL SOLICITANTE DA RENOVAÇÃO*		Data:
_____		/ /
(* Médico, enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo que efetivamente façam parte da equipe de acompanhamento do usuário.) (Assinatura e carimbo com registro no Conselho Regional do profissional)		
PROFISSIONAL AUTORIZADOR DA RENOVAÇÃO**		Data:
_____		/ /
(* **Profissional com delegação para a função que efetivamente façam parte da equipe)(Assinatura e carimbo com registro no Conselho Regional do profissional)		



ANEXO V – AVALIAÇÃO PARA DISPENSAÇÃO DE FRALDAS ENFERMEIRO(A)

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO		
Nome:		
CPF:	Cartão SUS	Prontuário/ Unidade de saúde:
Data de Nascimento:	Idade: Sexo: FEM. () MASC. ()	Telefone:
Endereço:		
Bairro:		DATA: ____/____/____
QUANTIDADE		
Até 2 Fraldas/Dia. ()		
AVALIAÇÃO FINAL		
PEDIÁTRICA	<input type="checkbox"/> P PESO (3 – 5 kg)	
	<input type="checkbox"/> M PESO (5 – 10 kg)	
	<input type="checkbox"/> G PESO (10 – 14 kg)	
	<input type="checkbox"/> EG PESO (14 – 16 kg)	
	<input type="checkbox"/> EGG PESO (16 – 25 kg)	
Profissional responsável: (Assinatura e carimbo):		Casos temporários, abaixo de 06 (seis) meses, informar qual o período de dispensação:



ANEXO VI – DECLARAÇÃO COMPROBATÓRIA DE RESIDÊNCIA (ACS)

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome:		
CPF	Cartão SUS	Prontuário/ Unidade de saúde
Data de nascimento	Idade	Sexo
Endereço		Obs:
Bairro	CEP	
		Telefone:

Declaro que eu _____ Agente Comunitário de Saúde, da cobertura da área _____ no bairro _____ do município de Santa Branca, faço acompanhamento domiciliar a esta família, onde o usuário citado é residente no endereço informado.



13. DISPOSIÇÕES FINAIS

Este regimento entrará em vigor imediatamente.

ADRIANO MARCHESANI LEVORIN
Prefeito Municipal

TATIANA CLAUS SILVA
Secretária Municipal de Saúde

CAIO DA CUNHA PINTO
Secretário Adjunto de Saúde

GABRIELA NAPOLEÃO DE MORAES
Diretora Chefe de Saúde

MARIANA DE SOUSA HOFACKER
Assessor I – Secretaria de Saúde