

Termo de Ciência e Responsabilidade – Fraldas Descartáveis

REPRESENTANTE LEGAL: Eu, _____, portador do R.G. nº: _____, e inscrito no CPF sob nº _____, residente _____ e domiciliado _____ na _____, rua _____, telefone nº _____, ora pai/mãe ou representante legal do (a) _____,

PACIENTE: _____, nascido na data de _____, portador do CPF nº _____, firmo o presente termo de responsabilidade e declaro ter a ciência sobre os seguintes termos:

- A fralda descartável é para uso exclusivo do paciente para o qual foi liberada. É terminantemente proibido seu uso indevido (venda, doação para terceiros, armazenamento e uso incorretos, etc), sendo cabível suspensão imediata do fornecimento e a responsabilização cível e criminal em caso de irregularidades.
- Caso o paciente não faça mais utilização do item, seja por qual motivo for (término da necessidade, óbito, etc), e havendo a sobra de insumos, o quantitativo que sobrar deverá ser devolvido ao local de retirada.
- A retirada dos insumos deverá ser realizada na unidade indicada pela municipalidade, e será condicionada à apresentação do documento de identificação original com foto conforme agendamento prévio. Ainda, é de minha inteira responsabilidade observar as datas de consultas/retornos e de retiradas dos produtos, devendo zelar pelos prazos para que não haja falta de fraldas;
- A quantidade de produto recebida na data de inclusão poderá, a qualquer momento, sofrer alterações, como acréscimos, reduções ou suspensões, dependendo da evolução do paciente. A marca do produto fornecido pode variar conforme licitação em vigor.
- Caso não haja a retirada do produto, este não será acumulado para o mês seguinte;
- As fraldas descartáveis são disponibilizadas de forma complementar ao Programa do Governo Federal, aos pacientes com PROBLEMAS DE SAÚDE de 4 a 59 anos e que justifiquem essa necessidade mediante prescrição médica e que atendam à TODAS as condições previstas no Protocolo Municipal.

() Declaro estar ciente dos termos acima pontuados e declaro estar de acordo com as normas para recebimento de fraldas descartáveis.

Paranaguá, _____ de _____ de 202____.

Assinatura Paciente/Responsável Legal

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS

Unidade de saúde:

Data:

Nome do paciente:

CNS:

Data de nascimento:

Endereço:

Contato telefônico:

PRESCRIÇÃO:

Diagnóstico/nº CID:

Justificativa:

Tamanho: P_M_G_ou_GG

Quantidade de trocas por dia: 1,_2,_3_ou_4

Assinatura e Carimbo

Campo para uso do setor responsável pelo fornecimento

1^a: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____ Tam: ____ Qtd: _____

2^a: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____ Tam: ____ Qtd: _____

3^a: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____ Tam: ____ Qtd: _____

4^a: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____ Tam: ____ Qtd: _____

5^a: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____ Tam: ____ Qtd: _____

6^a: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____ Tam: ____ Qtd: _____