

## 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**

1ª: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Tam: \_\_\_\_ Qtd: \_\_\_\_

2ª: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Tam: \_\_\_\_ Qtd: \_\_\_\_

3ª: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Tam: \_\_\_\_ Qtd: \_\_\_\_

4ª: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Tam: \_\_\_\_ Qtd: \_\_\_\_

5ª: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Tam: \_\_\_\_ Qtd: \_\_\_\_

6ª: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Tam: \_\_\_\_ Qtd: \_\_\_\_