



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PROTOCOLO PARA FORNECIMENTO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS
DE USO ADULTO**

**FAZENDA RIO GRANDE/PR
MAIO/2025**

EQUIPE GESTORA

MARCO ANTÔNIO MARCONDES SILVA
Prefeito Municipal

MONIQUE COSTA BUDK
Secretária Municipal de Saúde

CAMILA KOLOSOVSKI
Diretora Geral

PAULO HENRIQUE PEIXOTO
Coordenador Municipal da Atenção Primária à Saúde

EQUIPE TÉCNICA

Elaboração 1ª Versão 2021
RUBIANE WOSNIACK
VANESSA BISPO SOARES PINHEIRO

Revisão 2025
LOANA PATRÍCIA DA SILVA

Apresentação

Este protocolo tem por finalidade estabelecer critérios para o fornecimento de fraldas descartáveis de uso adulto. Tal fornecimento trata-se de um auxílio destinado a pacientes de baixa renda e usuários do Sistema Único de Saúde, que assim necessitam conforme justificativa médica. O cumprimento deste protocolo será realizado pela Divisão de Atenção Primária.

PROTOCOLO PARA FORNECIMENTO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS – USO ADULTO

1) CANDIDATOS AO BENEFÍCIO:

Pessoas com idade superior a 12 anos, portadores de patologias associadas à incontinência urinária e/ou fecal, e que, com isto, demandam cuidados especiais de higiene.

2) CRITÉRIOS PARA ACESSO:

2.1) Residir no município de Fazenda Rio Grande;

2.2) Apresentar necessidade comprovada do uso de fralda descartável, em conformidade com a Classificação Internacional de Doenças (CID);

CID-10	Tipos de Incontinência
N31.0	Bexiga Neuropática Não Inibida
N31.1	Bexiga Neurogênica Reflexa
N39.4	Outras Incontinências Urinárias
K59.2	Cólon Neurogênico
Associados a:	
F00	Demência na Doença de Alzheimer
F01	Demência Vascular
F02.3	Demência na doença de Parkinson
F72	Retardo Mental Grave
G80	Paralisia Cerebral
G82	Paraplegia e tetraplegia
G93.1	Lesão encefálica anóxica, não especificado como hemorrágico ou isquêmico
I61	Hemorragia intracerebral
I64	Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico
Q05.2	Espinha bífida lombar com hidrocefalia
Q05.3	Espinha bífida sacra com hidrocefalia
T90.5	Sequela de traumatismo intracraniano
T91.1	Sequela de fratura de coluna vertebral

2.3) Estar vinculado ao Sistema Único de Saúde (Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080);

3)FORMA DE ACESSO:

A solicitação para fornecimento de fraldas descartáveis deverá ser realizada na Unidade de Saúde mais próxima à residência do paciente (de referência), onde serão fornecidos os documentos para preenchimento e instruções gerais quanto ao fluxo da solicitação.

4)RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

Os documentos relacionados abaixo deverão ser providenciados pelo solicitante, e entregues na Unidade de Saúde de referência, para encaminhamento por e_mail para o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), que avaliará o pedido:

- 4.1) Formulário de cadastramento devidamente preenchido (Anexo 1);
- 4.2) Prescrição médica proveniente de serviços públicos de saúde, que justifique a necessidade do uso de fraldas descartáveis pelo paciente com CID (vide item 2.2);
- 4.3) Cópia do RG e CPF do paciente (ou Certidão de Nascimento);
- 4.4) Comprovante de endereço atualizado do paciente (conta de água, luz, ou telefone fixo);
- 4.5) Cópia do CNS – Cartão Nacional de Saúde do paciente (cartão do SUS);
- 4.6) Cópia do RG, CPF e comprovante de endereço do representante legal;

4.6.1) Considera-se representante legal aquele que for: declarado por sentença judicial; portador de instrumento público de procuração que outorgue plenos poderes ou poderes específicos para aquisição de medicamentos e outros produtos relacionados; ou portador de instrumento particular de procuração com reconhecimento de firma.

4.7)Declaração de Autorização de Visitas Domiciliares preenchida e assinada pelo representante legal (Anexo 2).

5)AVALIAÇÃO MÉDICA:

5.1) Após a solicitação do pedido, a Unidade de Saúde realizará o agendamento de consulta para o paciente com profissional médico do município, o qual avaliará se o CID justifica a necessidade do benefício descrito neste protocolo;

5.1.1) A avaliação poderá ocorrer na Unidade de Saúde ou em visita domiciliar do profissional médico, no caso de pacientes acamados.

5.2) Após avaliação, o profissional preencherá o relatório médico (Anexo 3). A Unidade de Saúde deverá encaminhar via e-mail (fraldasocialfrg@gmail.com) para o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) para anexação à documentação descrita no item 4 deste protocolo.

6)ANÁLISE DOS PEDIDOS:

Após a solicitação de cadastro ao benefício, os pedidos serão avaliados pelo Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) da Secretaria Municipal de Saúde, num prazo de 30 (trinta) dias após entrada do mesmo. Será deferido ou não o fornecimento das fraldas descartáveis em conformidade com as diretrizes estabelecidas neste protocolo, sendo observada a disponibilidade contratual e orçamentária do município.

7)QUANTIDADE E PERÍODO DE FORNECIMENTO:

7.1)O fornecimento será efetuado mensalmente, ficando estabelecido o **limite máximo de 30 (trinta) unidades/mês/paciente**, conforme a disponibilidade das embalagens.

7.1.1) Caso não haja quantitativo suficiente para atendimento de todos os pacientes com cadastro ativo, poderá ser dispensada quantidade inferior ao limite máximo estabelecido neste protocolo, conforme disponibilidade de estoque.

7.1.2) *O Ministério da Saúde, por meio do Programa Aqui Tem Farmácia Popular disponibiliza fraldas descartáveis de uso adulto com menor custo por meio da Portaria 3219/2010. Este recurso pode ser utilizado para complementação da quantidade mensal de fraldas necessárias ao paciente.*

7.2)A validade do cadastro para fornecimento será de 180 dias (06 meses) após a aprovação do pedido, podendo ser renovado por iguais e sucessivos períodos enquanto permanecer a necessidade do paciente.

7.2.1) Para renovação do cadastro, deverá ser apresentada documentação atualizada, conforme item 4, juntamente ao requerimento para renovação do cadastro (Anexo 4).

8)ACOMPANHAMENTO:

8.1) Os profissionais indicados pela Secretaria Municipal de Saúde serão

encaminhados para cumprimento dos itens 5 e 6 deste protocolo, bem como promover orientação, acompanhamento e fiscalização quanto ao uso devido das fraldas descartáveis;

8.2) Se houver necessidade, o paciente poderá solicitar alteração do tamanho das fraldas fornecidas, utilizando o requerimento para alteração de tamanho de fraldas descartáveis (Anexo 5).

9) SUSPENSÃO NO FORNECIMENTO:

9.1) O desligamento do usuário do cadastro municipal para recebimento de fraldas descartáveis ocorrerá se:

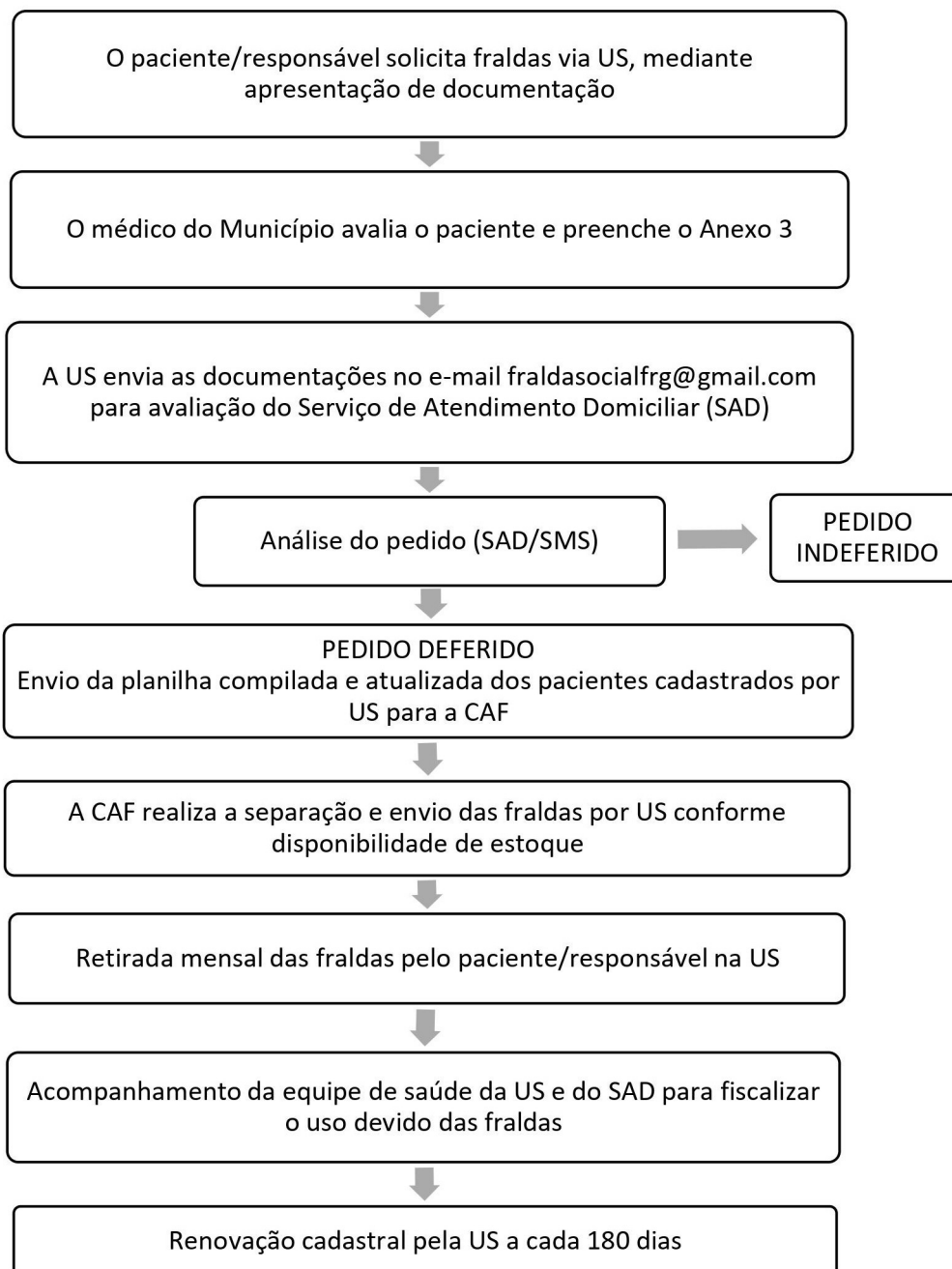
9.1.1) Não houver comparecimento para a retirada das fraldas por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, salvo os casos devidamente justificados (ex: internação hospitalar);

9.1.2) Não houver renovação do cadastro, após 180 dias de atendimento;

9.1.3) Constatar-se o uso indevido das fraldas durante o acompanhamento.

9.2) Nos casos em que o paciente receber alta médica ou vier a óbito, poderá ser solicitada a suspensão de fornecimento, através da apresentação do requerimento de exclusão do paciente do cadastro municipal para recebimento de fraldas (Anexo 6).

FLUXOGRAMA DO PROCESSO PARA AQUISIÇÃO DO BENEFÍCIO:



ANEXO 1:

FICHA CADASTRAL PARA FORNECIMENTO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS DE USO ADULTO

Dados do Paciente

Nome Completo:

RG:

CPF:

Data de Nascimento:

() Feminino () Masculino

Endereço:

Bairro:

CEP:

Cidade:

Telefone:

Número do CNS (Cartão SUS):

Usuário da Unidade Básica de Saúde:

Dados do Representante Legal

Nome Completo:

RG:

Endereço:

Bairro:

CEP:

Cidade:

Telefone:

Parentesco: () SIM Qual? _____ () NÃO

Possui procuração: () SIM () NÃO

Eu, _____, RG _____, responsável pelo paciente _____, requeiro o fornecimento de fraldas descartáveis (uso adulto) pelo município, tamanho _____, em virtude de _____. Estou ciente que este cadastro deverá ser renovado a cada 180 dias, caso permaneça a necessidade de fornecimento.

Fazenda Rio Grande, ____/____/____

Assinatura do requerente

*Preencher todas as informações e anexar: cópia da prescrição médica; cópia do RG, CPF, CNS e comprovante de endereço do paciente; cópia do RG, CPF e comprovante de endereço do representante legal. Enviar no e_mail: fraldasocialfrg@gmail.com

ANEXO 2:

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES

Eu, , RG , responsável pelo paciente _, autorizo a visita de um profissional de saúde indicado pela Secretaria Municipal de Saúde de Fazenda Rio Grande-PR, para orientações, acompanhamento e fiscalização quanto ao uso devido das fraldas descartáveis fornecidas pelo município.

Fazenda Rio Grande, //

Assinatura

ANEXO 3:

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PARA FORNECIMENTO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS DE USO ADULTO	
Nome Completo do Paciente:	
Data de Nascimento:	
Número do CNS (Cartão SUS):	
Endereço:	Número:
Bairro:	CEP:
Telefone:	
Usuário da Unidade Básica de Saúde:	
Descrição da Patologia:	
Indicação do CID:	
A patologia justifica a necessidade do uso de fraldas descartáveis? () SIM () NÃO	
Tamanho da fralda (peso e cintura): () P – até 40 kg/70 cm () M – 40 a 70 kg/70 a 100 cm () G – 70 a 90 kg/100 a 150 cm () XG – acima de 90 kg	
Responsável pela avaliação:	
Inscrição no conselho profissional:	
Atendimento realizado na Unidade de Saúde:	
Observações Pertinentes:	
Fazenda Rio Grande, __de _____de ____.	
<i>Assinatura do profissional responsável pela avaliação</i>	
*Este relatório deverá ser encaminhado ao Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), para anexação à documentação para fornecimento das fraldas descartáveis de uso adulto.	

ANEXO 4:

**REQUERIMENTO PARA RENOVAÇÃO DO CADASTRO MUNICIPAL PARA
RECEBIMENTO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS DE USO
ADULTO**

Eu, _____, RG _____,
responsável pelo paciente _____
, requeiro a renovação do cadastro para fornecimento de fraldas descartáveis pelo
município. Confirmo a apresentação da documentação atualizada (em anexo):

() Formulário de cadastramento devidamente preenchido;

() Prescrição médica atualizada (proveniente de serviços públicos
de saúde); () Cópia do RG e CPF do paciente (ou Certidão de
Nascimento, se menor);

() Cópia do CNS – Cartão Nacional de Saúde do paciente (cartão do SUS);

() Comprovante de endereço atualizado do paciente (conta de água, luz, ou
telefone fixo); () Cópia do RG e CPF do representante legal (em caso de
usuário considerado incapaz);

() Comprovante de endereço atualizado do representante legal.

-----Fazenda Rio Grande, ____/____/____

Assinatura do Requerente

**PROTOCOLO DE ENTREGA DA SOLICITAÇÃO DE RENOVAÇÃO DO
CADASTRO MUNICIPAL PARA RECEBIMENTO DE FRALDAS
DESCARTÁVEIS (USO ADULTO):**

_____/_____/____

**DATA
Responsável**

Carimbo e Assinatura do Servidor

ANEXO 5:

**REQUERIMENTO PARA ALTERAÇÃO DE TAMANHO DE FRALDAS
DESCARTÁVEIS DE USO ADULTO**

Eu, _____, RG _____,
responsável pelo paciente _____
,requeiro a alteração do tamanho das fraldas fornecidas pelo município,
sendo de _____
para _____, em virtude de _____.

_____Fazenda Rio Grande, ____ / ____ / ____

Assinatura do requerente

**PROTOCOLO DE ENTREGA DA SOLICITAÇÃO DE RENOVAÇÃO DO
CADASTRO MUNICIPAL PARA RECEBIMENTO DE FRALDAS
DESCARTÁVEIS (USO ADULTO):**

_____/_____/_____
DATA

Responsável

Carimbo e Assinatura do Servidor

ANEXO 6:

**REQUERIMENTO PARA EXCLUSÃO DO PACIENTE DO CADASTRO
MUNICIPAL PARA RECEBIMENTO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS
DE USO ADULTO**

Eu, _____, RG _____
_____, responsável pelo
paciente _____
, requeiro sua exclusão do cadastro de pacientes beneficiados com o fornecimento
de fraldas, em virtude de _____.

_____ Fazenda Rio Grande, ____ / ____ / ____

Assinatura do requerente

**PROTOCOLO DE ENTREGA DA SOLICITAÇÃO DE RENOVAÇÃO DO
CADASTRO MUNICIPAL PARA RECEBIMENTO DE FRALDAS
DESCARTÁVEIS (USO ADULTO):**

____ / ____ / ____

**DATA
Responsável**

Carimbo e Assinatura do Servidor

ANEXO 7:

INSTRUÇÕES GERAIS SOBRE O FORNECIMENTO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS DE USO ADULTO

- Pacientes com incontinência urinária ou fecal poderão requisitar seu cadastro no município para recebimento de Fraldas Descartáveis de Uso Adulto, desde que residam no município e sejam usuários do Sistema Único de Saúde.
- Para usufruir do benefício, o paciente (ou representante legal) deverá realizar a solicitação na Unidade Básica de Saúde e apresentar a seguinte documentação:
 - Formulário de cadastramento devidamente preenchido;
 - Prescrição médica atualizada (**proveniente de serviços públicos de saúde**);
 - Cópia do RG e CPF do paciente (ou Certidão de Nascimento, se menor);
 - Comprovante de endereço atualizado do paciente (conta de água, luz, ou telefone fixo);
 - Cópia do CNS – Cartão Nacional de Saúde do paciente (cartão do SUS);
 - Cópia do RG, CPF e comprovante de endereço do representante legal;
 - Declaração de Autorização de Visitas Domiciliares.
- Após, o paciente será submetido à avaliação do profissional de saúde médico do município para reconhecimento do diagnóstico da patologia de base e confirmação da necessidade do uso da fralda. Será preenchido o relatório de avaliação, que deverá ser enviado pela UBS junto as demais documentações para o e_mail (fraldasocialfrg@gmail.com) do Serviço de Atendimento Domiciliar. O cadastro e documentações referentes ao Protocolo de Fraldas deverá ser anexado ao prontuário do paciente.
- A Secretaria de Saúde, através do Serviço de Atendimento Domiciliar, analisará os documentos em conformidade com as diretrizes estabelecidas neste protocolo, e o beneficiário ou representante legal será comunicado referente ao deferimento (ou não) via telefone.

- Havendo deferimento do pedido, o fornecimento de fraldas se dará mensalmente, pelo período de 180 dias, e será dispensada quantidade fixa de 03 (três) pacotes/mês/paciente.
- Permanecendo a necessidade do paciente, o representante deverá solicitar a renovação do benefício.
- O fornecimento ao beneficiário será efetuado pela Divisão de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, nas Unidades de Saúde do respectivo paciente.
- As fraldas descartáveis fornecidas pelo município são para uso exclusivo do paciente para o qual foi requisitado o benefício.
- O não comparecimento para a retirada das fraldas por período igual ou superior a 60 (sessenta) 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, conservação inadequada, etc.), e se não for protocolado o pedido de renovação.