



REFEITURA MUNICIPAL DE Balsa Nova
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome do Paciente: _____

Telefone: _____ Fralda: M () G () XG () Quantidade: _____

CID-10: _____ Unidade de Saúde: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE(FORNECIMENTO DE FRALDAS GERIÁTRICAS)

Declaro estar ciente que para retirar as fraldas, o responsável/paciente deve comparecer a esta Unidade de Saúde. O fornecimento será mensal, respeitando o limite máximo de 32 unidades, e a entrega será efetuada nas datas (período entre os dias 01 a 25) e horários preestabelecidos.

O fornecimento de fraldas se dará pelo período de 6 meses. Permanecendo a necessidade do paciente, o responsável deverá comparecer na Unidade de Saúde com antecedência de 30 dias, antes do fim do prazo, solicitando a renovação do benefício. Informar a Unidade de Saúde caso haja necessidade de alteração no tamanho das fraldas.

As fraldas descartáveis fornecidas pelo município são para uso exclusivo do paciente 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.

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, armazenamento e uso indevidos).

Declaro estar ciente e de acordo com as normas para recebimento de fraldas descartáveis.

Assinatura paciente ou responsável: _____

Data: _____

Assinatura do(a) enfermeiro (a) responsável pela UBS: _____

**Este Termo de Responsabilidade deverá ser arquivado na Unidade de Saúde.