



Estado de Mato Grosso  
Município de Guarantã do Norte  
**Governo Municipal 2017/2020**  
**GABINETE DO PREFEITO**

Rua das Oliveiras, 135 – CPAG. Jd. Vitória (66) 3552-5100/5110

**PORTARIA Nº 210/2017 DE 06/02/2017.**

**“O MUNICÍPIO DE GUARANTÃ DO NORTE, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS, VISANDO REGULAMENTAR O FORNECIMENTO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS AOS PACIENTES QUE DELA NECESSITAM, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.”**

**CONSIDERANDO QUE OS BENEFÍCIOS NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL SÃO DE CARÁTER SUPLEMENTAR E PROVISÓRIO, PRESTADO AOS CIDADÃOS E ÀS FAMÍLIAS EM VIRTUDE DE SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE TEMPORÁRIA E DE CALAMIDADE PÚBLICA;**

**CONSIDERANDO QUE O FORNECIMENTO DE FRALDA AO CIDADÃO CUJA NECESSIDADE É MOTIVADA POR DOENÇA E EM SITUAÇÃO DE USO CONTÍNUO, CARACTERIZA BENEFÍCIO DE COMPETÊNCIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE;**

**CONSIDERANDO QUE O DIREITO DE RECEBIMENTO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS ESTÁ IMPLÍCITO AO DIREITO À SAÚDE, POIS SUA INDISPONIBILIDADE GERA UM AGRAVAMENTO MORAL E FÍSICO;**

**CONSIDERANDO O DISPOSTO NA RESOLUÇÃO Nº 39 DE 09 DE DEZEMBRO DE 2010 DO MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME – CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, EM ESPECIAL SEU ARTIGO 1.º;**

**CONSIDERANDO QUE LEI N.º 8.080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990, EM SEU ARTIGO 7.º, INCISO II ESTABELECE O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE DE ASSISTÊNCIA; E NO SEU ARTIGO 6.º, ALÍNEA D DO INCISO I, PREVÊ QUE A EXECUÇÃO DE AÇÕES DE ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA INTEGRAL ESTÁ INCLUÍDA NO CAMPO DE ATUAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE; E, COMPLEMENTA NO ARTIGO 19-M, INCISO I, QUE ESSA ASSISTÊNCIA CONSISTE NA DISPENSAÇÃO DE PRODUTOS DE INTERESSE PARA A SAÚDE;**

**CONSIDERANDO QUE O DECRETO N.º 3.298, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1.999, QUE REGULAMENTOU A LEI 7.853, DE 24 DE OUTUBRO DE 1.989, DISPONDO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL PARA A INTEGRAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA, EM SEU CAPÍTULO VII, SEÇÃO I, ART. 18 E ART. 19 – INCISO V, INCLUI NA ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE E REABILITAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA, A**



Estado de Mato Grosso  
Município de Guarantã do Norte  
**Governo Municipal 2017/2020**  
**GABINETE DO PREFEITO**

Rua das Oliveiras, 135 – CPAG. Jd. Vitória (66) 3552-5100/5110

**CONCESSÃO DE MATERIAIS AUXILIARES E ELEMENTOS DE CUIDADO E HIGIENE PESSOAL;**

**CONSIDERANDO QUE A LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990, QUE DISPÕE SOBRE O ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, E A LEI Nº 10.741 DE 01 DE OUTUBRO DE 2003 QUE DISPÕE SOBRE O ESTATUTO DO IDOSO, INCUMBEM AO PODER PÚBLICO O FORNECIMENTO ÀS CRIANÇAS E AOS IDOSOS DOS RECURSOS RELATIVOS AO TRATAMENTO, HABILITAÇÃO OU REABILITAÇÃO;**

**CONSIDERANDO QUE APESAR DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ATRAVÉS DA PORTARIA Nº 3.219, DE 20 DE OUTUBRO DE 2010, TER AMPLIADO A COBERTURA DO PROGRAMA DE FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL, PARA VIABILIZAR A DISPONIBILIZAÇÃO DE FRALDAS GERIÁTRICAS A PREÇOS MAIS ACESSÍVEIS, O VALOR COMERCIAL FINAL AINDA IMPOSSIBILITA O ACESSO A MUITAS FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA MAIS VULNERÁVEL;**

**ÉRICO STEVAN GONÇALVES, PREFEITO MUNICIPAL DE GUARANTÃ DO NORTE/MT, NO USO DAS ATRIBUIÇÕES QUE LHE SÃO CONFERIDAS EM LEI, PELA PRESENTE PORTARIA,**

**RESOLVE:**

**ARTIGO 1º** - Criar e implantar as Diretrizes para Fornecimento de Fraldas Descartáveis, o qual deverá funcionar conforme as instruções e normas estabelecidas no Anexo I desta Portaria.

**ARTIGO 2º**- Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Gabinete do Prefeito Municipal de Guarantã do Norte/MT, aos 06 (seis) dias do mês de Fevereiro do ano de dois mil e dezessete.

**ÉRICO STEVAN GONÇALVES**  
**PREFEITO MUNICIPAL**

Registrada nesta Secretaria  
Afixada no Mural do Paço Municipal e  
Publicada no site da Prefeitura Municipal, em 06/02/2017.  
NP 227/2017.

**EUGÊNIO CAFFONE LIMA**  
**Secretário Municipal de Governo e Articulação Institucional**



Estado de Mato Grosso  
Município de Guarantã do Norte  
**Governo Municipal 2017/2020**  
**GABINETE DO PREFEITO**

Rua das Oliveiras, 135 – CPAG. Jd. Vitória (66) 3552-5100/5110

**Anexo I**

**PROTOCOLO PARA FORNECIMENTO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS**

**01. CRITÉRIOS PARA ATENDIMENTO:**

- População alvo: pessoas com idade superior a dois anos, com deficiência, portadores de patologia compreendendo:

TIPOS DE INCONTINÊNCIA - CID – 10  
N31. 0 Bexiga neuropática não inibida  
N31.1 Bexiga neurogênica reflexa  
N39.4 Outras incontinências urinárias  
K59.2 Colon 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

- Residir no município de Guarantã do Norte
- Ser vinculado a Unidade Básica de Saúde.

**02. PERÍODO DE FORNECIMENTO:**

06 (seis) meses, após a aprovação do pedido, podendo ser renovado por iguais e sucessivos períodos quando permanecer a necessidade do paciente, mediante atualização de documentos.

**03. QUANTIDADE:**

O fornecimento será efetuado na quantidade deferida no formulário de cadastramento, conforme prescrição e avaliação do usuário, ficando estabelecido o limite máximo de 04 fraldas/dia (120 fraldas/mês) para incontinência urinária e 01 fralda/dia (30 fraldas/mês) para incontinência fecal, não havendo somatória deste número quando da ocorrência de ambas.

**04. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS:**

- ✓ **Para ingresso do paciente no cadastro municipal para recebimento de fraldas descartáveis:**



Estado de Mato Grosso  
Município de Guarantã do Norte  
**Governo Municipal 2017/2020**  
**GABINETE DO PREFEITO**

Rua das Oliveiras, 135 – CPAG. Jd. Vitória (66) 3552-5100/5110

- Prescrição médica em papel timbrado proveniente de serviços públicos de saúde devidamente preenchida com nome do paciente, data, descrição da patologia, indicação do CID e quantidade de fraldas necessárias (número de trocas diárias ou uso noturno), constando padrão geriátrico ou infantil e tamanho.
- 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);
- Cópia do RG e CPF do responsável solicitante, quando o paciente for acamado ou menor, indicando grau de parentesco ou situação; e
- Comprovante de endereço atualizado do paciente (conta de água, luz, ou telefone fixo).

✓ **Para renovação do fornecimento:**

- Prescrição médica atualizada em papel timbrado proveniente de serviços públicos de saúde devidamente preenchida com nome do paciente, data, descrição da patologia, indicação do CID e quantidade de fraldas necessárias (número de trocas diárias ou uso noturno), constando modelo geriátrico ou infantil e tamanho.
- Cópia do RG e CPF do responsável pelo pedido de renovação, quando o paciente for acamado ou menor, indicando grau de parentesco ou situação, se houver alteração do constante no pedido inicial; e
- Comprovante de endereço atualizado do paciente (conta de água, luz, ou telefone fixo).

**05. FORMA DE ACESSO AO BENEFÍCIO:**

O munícipe deve procurar a UBS mais próxima de sua residência, para:

- ❖ Realizar avaliação médica, diagnosticando a deficiência e a incontinência urinária e/ou fecal, ou;
- ❖ Entregar prescrição médica de outro serviço do Sistema Único de Saúde.

Na farmácia central será preenchido o formulário para cadastramento.

**06. SUSPENSÃO NO FORNECIMENTO:**

O desligamento do usuário do cadastro municipal para recebimento de fraldas dar-se-á por:

- Não comparecimento para a retirada das fraldas por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, implica na suspensão do benefício, salvo os casos devidamente justificados (ex: internação hospitalar);
- Ausência de renovação, após seis meses de atendimento.
- Uso indevido das fraldas;
- Alta médica;
- Óbito.

**07. ANÁLISE DOS PEDIDOS:**

A Secretaria da Saúde, assistência farmacêutica, apreciará os pedidos de cadastro ao benefício, deferindo o fornecimento das fraldas descartáveis em conformidade com as diretrizes estabelecidas neste protocolo e observando a disponibilidade contratual e orçamentária do município. Casos excepcionais serão analisados por comissão técnica e submetidos à apreciação superior da Secretária Municipal da Saúde.



Estado de Mato Grosso  
Município de Guarantã do Norte  
**Governo Municipal 2017/2020**  
**GABINETE DO PREFEITO**

Rua das Oliveiras, 135 – CPAG. Jd. Vitória (66) 3552-5100/5110

**Anexo II**

**Orientação à rede: Fluxo de atendimento ao usuário de fraldas descartáveis:**

- O munícipe deverá procurar a UBS mais próxima de sua residência para ser submetido à avaliação do profissional médico para reconhecimento do diagnóstico da patologia de base e definição da necessidade do uso da fralda, quando será feita a prescrição definindo o tipo e tamanho da fralda e quantidade.
- A avaliação do médico da UBS é dispensável quando o paciente já possuir prescrição atualizada de outro serviço SUS, desde que esta contenha as informações necessárias ao atendimento.
- O paciente ou cuidador deverá ser orientado pela UBS a providenciar os documentos pessoais necessários ao cadastramento.
- A farmácia central ficará responsável pelo cadastramento do paciente (inclusão, renovação e/ou alteração), providenciando o preenchimento do formulário próprio (Anexo IV), ao qual será anexada a prescrição médica e todos os documentos pessoais constantes do protocolo (Anexo I).
- A farmácia central será responsável pelo encaminhamento do pedido à Área de Administração / com previsão anual dos gastos para licitação.
- A farmácia central será responsável pela conferência do cumprimento dos quesitos do protocolo para concessão do benefício ao usuário, comunicando as UBS quanto ao deferimento / indeferimento.
- A farmácia central será responsável pela elaboração da grade de pacientes beneficiados por unidade, e pela requisição do produto ao almoxarifado central.
- O usuário será cadastrado somente em uma UBS, onde fará as reavaliações periódicas.
- O fornecimento será mensal e a distribuição será efetuada na farmácia central.



Estado de Mato Grosso  
Município de Guarantã do Norte  
**Governo Municipal 2017/2020**  
**GABINETE DO PREFEITO**

Rua das Oliveiras, 135 – CPAG. Jd. Vitória (66) 3552-5100/5110

**Anexo III**

**INSTRUÇÕES GERAIS PARA INGRESSO AO CADASTRO MUNICIPAL DE FORNECIMENTO DE FRALDAS**

- Pacientes com incontinência urinária ou fecal poderão requisitar seu cadastro no município para recebimento de Fraldas Descartáveis.
- Para usufruir do benefício, o paciente deverá procurar a UBS mais próxima de sua residência onde será submetido à avaliação do profissional médico para reconhecimento do diagnóstico da patologia de base e definição da necessidade do uso da fralda, quando será feita a prescrição definindo o tipo e tamanho da fralda e quantidade.
- Caso o paciente já possua prescrição médica de outros serviços do **Sistema Único de Saúde (SUS)**, não será necessária a avaliação médica do profissional da UBS, desde que essa prescrição contenha todas as informações necessárias ao atendimento compreendendo: nome do paciente, data, descrição da patologia, indicação do CID e quantidade de fraldas necessárias (número de trocas diárias ou uso noturno), padrão (geriátrico ou infantil) e tamanho.
- Não serão aceitas prescrições que não sejam originadas pelo SUS (convênios / particulares).
- Além da prescrição médica é necessário apresentar os seguintes documentos:
  - 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);
  - Cópia do RG e CPF do responsável solicitante, quando o paciente for acamado ou menor, indicando grau de parentesco ou situação; e
  - Comprovante de endereço atualizado do paciente (conta de água, luz, ou telefone fixo).
- A farmácia central fará o preenchimento do formulário próprio de requisição que deverá ser assinado pelo paciente ou seu responsável.
- A Secretaria da Saúde e a farmácia central analisarão os documentos em conformidade com as diretrizes estabelecidas na resolução, e o munícipe será comunicado referente ao deferimento através da UBS onde se cadastrou.
- Havendo deferimento do pedido, o fornecimento de fraldas se dará pelo período de 180 dias.
- Após 120 dias, permanecendo a necessidade do paciente, o responsável deverá comparecer a UBS solicitando a renovação do benefício.
- Na situação de indeferimento, o pedido retornará à UBS solicitante para conhecimento e orientação ao paciente.
- O usuário será cadastrado somente em uma UBS, onde fará as reavaliações periódicas.
- O fornecimento será mensal e a entrega ocorrerá em na farmácia central.
- As fraldas descartáveis fornecidas pelo município são para uso exclusivo do paciente para o qual foi requisitado o benefício.



Estado de Mato Grosso  
Município de Guarantã do Norte  
**Governo Municipal 2017/2020**  
**GABINETE DO PREFEITO**

Rua das Oliveiras, 135 – CPAG. Jd. Vitória (66) 3552-5100/5110

- 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, após o período de cento e oitenta dias se não for protocolado o pedido de renovação.



Estado de Mato Grosso  
Município de Guarantã do Norte  
**Governo Municipal 2017/2020**  
**GABINETE DO PREFEITO**

Rua das Oliveiras, 135 – CPAG. Jd. Vitória (66) 3552-5100/5110

**Anexo V**

**INSTRUÇÕES PARA RENOVAÇÃO, ALTERAÇÃO E CANCELAMENTO DO CADASTRO PARA RECEBIMENTO DE FRALDAS.**

**RENOVAÇÃO:**

- Os responsáveis pelos pacientes beneficiados cuja necessidade de fraldas ainda permaneça, ao retirar a quarta cota na Unidade de dispensação de fraldas, serão orientados a adotar os procedimentos para a renovação do benefício.
- Para renovar o benefício, o paciente deverá procurar farmácia central de referência munido do formulário de renovação que lhe será entregue na unidade de dispensação e da cópia de um comprovante de endereço atualizado (mês em curso ou mês anterior).
- O fornecimento será suspenso se após o período de cento e cinquenta dias do início do atendimento não for encaminhado o pedido de renovação.

**ALTERAÇÃO:**

- 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 na unidade em que o paciente faz a retirada do material, mediante requerimento assinado (anexo VII).
- Os casos de alteração de quantidade para número maior ao fornecido dependerão da apresentação de nova prescrição médica e deverão seguir o mesmo fluxo da renovação (será necessário comparecer a Unidade Básica de Saúde de referência, aguardar apreciação do processo e deferimento)
- Situações de alteração do cuidador responsável pelo paciente, número de telefone de contato e endereço do paciente, bem como alteração de Unidade de Saúde de referência deverão ser atualizadas junto à unidade de dispensação, a qual preencherá o formulário específico e encaminhará à Secretaria da Saúde para atualização de cadastro.

**CANCELAMENTO:**

- Caso o uso das fraldas descartáveis fornecidas pelo município não seja mais necessária ao paciente antes do término do período concessivo de cento e oitenta dias, o responsável deverá comunicar a Unidade de Saúde de dispensação para sua exclusão do cadastro. Situações de óbito também se enquadram nessa situação.



Estado de Mato Grosso  
Município de Guarantã do Norte  
**Governo Municipal 2017/2020**  
**GABINETE DO PREFEITO**

Rua das Oliveiras, 135 – CPAG. Jd. Vitória (66) 3552-5100/5110

**Anexo VII**

**REQUERIMENTO PARA ALTERAÇÃO DE TAMANHO / QUANTIDADE DE FRALDAS DESCARTÁVEIS:**

Eu, ....., RG.....,  
responsável pelo paciente Sr (a) .....,  
SIS n.º ....., requiro a alteração do ( ) tamanho ( ) quantidade de fraldas  
fornecidas pelo município, sendo de ..... para ....., em virtude de  
.....

Guarantã do Norte, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Assinatura do requerente*

**REQUERIMENTO PARA EXCLUSÃO DO PACIENTE DO CADASTRO MUNICIPAL PARA RECEBIMENTO DE FRALDAS:**

Eu, ....., RG.....,  
responsável pelo paciente Sr (a) .....,  
SIS n.º ....., requiro sua exclusão do cadastro de pacientes beneficiados com o  
fornecimento de fraldas descartáveis, em virtude de.....  
.....

Guarantã do norte, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Assinatura do requerente*



Estado de Mato Grosso  
Município de Guarantã do Norte  
**Governo Municipal 2017/2020**  
**GABINETE DO PREFEITO**

Rua das Oliveiras, 135 – CPAG. Jd. Vitória (66) 3552-5100/5110

<p><b>RENOVAÇÃO – FRALDAS DESCARTÁVEIS:</b></p> <p>PACIENTE: _____</p> <p>SIS N.º: _____</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Para renovar o benefício, o paciente ou seu cuidador deverá procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) _____ munido do formulário de renovação que lhe foi entregue nesta unidade de dispensação e da cópia de um comprovante de endereço atualizado (mês em curso ou mês anterior).</li><li>➤ A UBS encaminhará o formulário de renovação acompanhado da prescrição atualizada para a Secretaria da Saúde/ DMMHF, a qual ficará responsável em apreciar o pedido e adotar as providências no caso da manutenção do benefício.</li><li>➤ O fornecimento será suspenso se após o período de cento e cinquenta dias do início do atendimento não for encaminhado o pedido de renovação.</li></ul>	<p><b>RENOVAÇÃO – FRALDAS DESCARTÁVEIS:</b></p> <p>PACIENTE: _____</p> <p>SIS N.º: _____</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Para renovar o benefício, o paciente ou seu cuidador deverá procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) _____ munido do formulário de renovação que lhe foi entregue nesta unidade de dispensação e da cópia de um comprovante de endereço atualizado (mês em curso ou mês anterior).</li><li>➤ A UBS encaminhará o formulário de renovação acompanhado da prescrição atualizada para a Secretaria da Saúde/ DMMHF, a qual ficará responsável em apreciar o pedido e adotar as providências no caso da manutenção do benefício.</li><li>➤ O fornecimento será suspenso se após o período de cento e cinquenta dias do início do atendimento não for encaminhado o pedido de renovação.</li></ul>
<p><b>PROTOCOLO DE ENTREGA DO FORMULÁRIO DE RENOVAÇÃO:</b></p> <p>____/____/____ Data</p> <p>Carimbo da Unidade e Ass. Legível do Servidor.</p>	<p><b>PROTOCOLO DE ENTREGA DO FORMULÁRIO DE RENOVAÇÃO:</b></p> <p>____/____/____ Data</p> <p>Carimbo da Unidade e Ass. Legível do Servidor.</p>