



PODER EXECUTIVO

Município de Boa Esperança - Estado do Espírito Santo
SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

Av. Senador Eurico Rezende, n° 780 | Centro | Boa Esperança/ES | CEP 29.845-000
Telefone: (27) 3768 6518 | E-mail: planejamento@boaesperanca.es.gov.br | www.boaesperanca.es.gov.br

PORTARIA N.º 7.969/2019

DE: 06/09/2019

Dispõe sobre a criação e implantação de protocolo municipal que define as diretrizes para fornecimento de fraldas descartáveis no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Boa Esperança/ES.

O Prefeito de Boa Esperança, Estado do Espírito Santo, no uso de suas atribuições legais, de acordo com o Art. 75, inciso VIII da Lei Orgânica Municipal.

Visando regulamentar o fornecimento de fraldas descartáveis aos pacientes que dela necessitam;

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 a Lei complementar 141/2012, Art. 3º, II, dispõe que “Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;”

Considerando as transformações políticas, econômicas e demográficas ocorridas no Brasil na segunda metade de Século XX, que geraram mudanças significativas no perfil epidemiológico da população e que se traduzem em um aumento das chamadas doenças crônico-degenerativas;

Considerando que os pacientes portadores dessas doenças necessitam, muitas vezes, de materiais e cuidados paliativos;

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 nº39 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



PODER EXECUTIVO

Município de Boa Esperança - Estado do Espírito Santo
SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

Av. Senador Eurico Rezende, nº 780 | Centro | Boa Esperança/ES | CEP 29.845-000
Telefone: (27) 3768 6518 | E-mail: planejamento@boaesperanca.es.gov.br | www.boaesperanca.es.gov.br

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 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;

RESOLVE:

Art. 1º Criar e implantar o Protocolo Municipal que define as Diretrizes para Fornecimento de Fraldas Descartáveis no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Boa Esperança, o qual deverá funcionar conforme as instruções e normas estabelecidas no Anexo I desta Resolução.

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PUBLIQUE-SE, CUMPRA-SE.

GABINETE DO PREFEITO DE BOA ESPERANÇA, aos 06 dias do mês de setembro de 2019.

LAURO VIEIRA DA SILVA

Prefeito Municipal

Registrado e Publicado na Data Supra.

ANA ROSA MARIN SILVA

Secretária Municipal de Saúde



PODER EXECUTIVO

Município de Boa Esperança - Estado do Espírito Santo
SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

Av. Senador Eurico Rezende, nº 780 | Centro | Boa Esperança/ES | CEP 29.845-000
Telefone: (27) 3768 6518 | E-mail: planejamento@boaesperanca.es.gov.br | www.boaesperanca.es.gov.br

ANEXO I

Protocolo Municipal que define as Diretrizes para Fornecimento de Fraldas Descartáveis no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Boa Esperança

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 neuropática 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

C61 Neoplasia maligna de próstata

- Residir no município de Boa Esperança.
- Ser vinculado à 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.



PODER EXECUTIVO

Município de Boa Esperança - Estado do Espírito Santo
SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

Av. Senador Eurico Rezende, nº 780 | Centro | Boa Esperança/ES | CEP 29.845-000
Telefone: (27) 3768 6518 | E-mail: planejamentoogestao@boaesperanca.es.gov.br | www.boaesperanca.es.gov.br

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:

- 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;
- 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 serviço social da secretaria municipal de saúde, para preenchimento do formulário para cadastramento, munidos dos documentos descritos no item 04 deste anexo. Após cadastro, será agendado visita domiciliar da Assistente Social no domicílio do potencial beneficiado, a fim de avaliar se as condições econômicas da família impedem que as fraldas sejam adquiridas com recursos próprios.

06. SUSPENSÃO NO FORNECIMENTO:

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



PODER EXECUTIVO

Município de Boa Esperança - Estado do Espírito Santo
SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

Av. Senador Eurico Rezende, nº 780 | Centro | Boa Esperança/ES | CEP 29.845-000
Telefone: (27) 3768 6518 | E-mail: planejamento@boaesperanca.es.gov.br | www.boaesperanca.es.gov.br

- 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 de Saúde 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 do Secretário Municipal da Saúde.



PODER EXECUTIVO

Município de Boa Esperança - Estado do Espírito Santo

SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

Av. Senador Eurico Rezende, nº 780 | Centro | Boa Esperança/ES | CEP 29.845-000

Telefone: (27) 3768 6518 | E-mail: planejamentogestao@boaesperanca.es.gov.br | www.boaesperanca.es.gov.br

ANEXO II

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

O munícipe deverá procurar o serviço social da secretaria, 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 pelo serviço social da secretaria a providenciar os documentos pessoais necessários ao cadastramento.

O serviço social da secretaria, 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).

O serviço social da secretaria será responsável pelo agendamento da visita domiciliar da Assistente Social e da conferência do cumprimento dos quesitos do protocolo para concessão do benefício ao usuário, comunicando ao usuário quanto ao deferimento / indeferimento.

O serviço social da Secretaria Municipal de Saúde será responsável pela elaboração da lista de beneficiados, bem como a sua atualização, e encaminhar à Farmácia Básica Municipal.

O fornecimento será mensal e a distribuição será efetuada na Farmácia Básica Municipal.



PODER EXECUTIVO

Município de Boa Esperança - Estado do Espírito Santo
SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

Av. Senador Eurico Rezende, nº 780 | Centro | Boa Esperança/ES | CEP 29.845-000
Telefone: (27) 3768 6518 | E-mail: planejamentogestao@boaesperanca.es.gov.br | www.boaesperanca.es.gov.br

ANEXO III

Instruções gerais para ingresso ao Cadastro Municipal de Fornecimento de Fraldas

Pacientes com incontinência urinária ou fecal, ou seus representantes/responsáveis legais poderão requisitar seu cadastro no município para recebimento de Fraldas Descartáveis.

Para usufruir do benefício, o paciente ou seus representantes/responsáveis legais deverá procurar serviço social da secretaria, onde será realizado a avaliação do processo e após e se necessário será encaminhado para a UBS de referência para 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.

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 representante/responsável legal do 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).

O Serviço Social da Secretaria da Saúde analisará os documentos em conformidade com as diretrizes estabelecidas neste protocolo, e o munícipe será comunicado referente ao deferimento através do serviço social da secretaria 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 serviço social solicitando a renovação do benefício.

Na situação de indeferimento, o pedido retornará ao serviço social solicitante para conhecimento e orientação ao paciente.

O fornecimento será mensal e a entrega ocorrerá na Farmácia Básica Municipal.



PODER EXECUTIVO

Município de Boa Esperança - Estado do Espírito Santo
SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

Av. Senador Eurico Rezende, nº 780 | Centro | Boa Esperança/ES | CEP 29.845-000
Telefone: (27) 3768 6518 | E-mail: planejamentogestao@boaesperanca.es.gov.br | www.boaesperanca.es.gov.br

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



PODER EXECUTIVO

Município de Boa Esperança - Estado do Espírito Santo
SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

Av. Senador Eurico Rezende, nº 780 | Centro | Boa Esperança/ES | CEP 29.845-000
Telefone: (27) 3768 6518 | E-mail: planejamento@boaesperanca.es.gov.br | www.boaesperanca.es.gov.br

ANEXO IV

Instruções para renovação, alteração e cancelamento do cadastro para recebimento de fraldas.

RENOVAÇÃO:

Os representantes/responsáveis legal pelos pacientes beneficiados cuja necessidade de fraldas ainda permaneça, ao retirar a quarta cota, serão orientados a adotar os procedimentos para a renovação do benefício.

Para renovar o benefício, o paciente deverá procurar o Serviço Social munido da cópia de um comprovante de endereço atualizado (mês em curso ou mês anterior) e adotará as providências no caso da manutenção do benefício.

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.

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.

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 ao Serviço Social da Secretaria 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 Farmácia Básica Municipal ou o Serviço Social para sua exclusão do cadastro. Situações de óbito também se enquadram nessa situação.



PODER EXECUTIVO

Município de Boa Esperança - Estado do Espírito Santo
SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

Av. Senador Eurico Rezende, nº 780 | Centro | Boa Esperança/ES | CEP 29.845-000
Telefone: (27) 3768 6518 | E-mail: planejamento@boaesperanca.es.gov.br | www.boaesperanca.es.gov.br

ANEXO V

**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA ESPERANÇA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**REQUERIMENTO PARA INGRESSO AO CADASTRO MUNICIPAL DE FORNECIMENTO DE
FRALDAS:**

_____, RG _____,
responsável pelo paciente Sr (a)

_____, CNS n.º _____, requeiro o
ingresso ao cadastro municipal de fornecimento de fraldas, conforme cópia dos documentos abaixo
elencados e que se encontram anexos.

- prescrição médica
- 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 representante/responsável legal do 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).

Boa Esperança, ES, ____/____/____

Assinatura do requerente



PODER EXECUTIVO

Município de Boa Esperança - Estado do Espírito Santo
SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

Av. Senador Eurico Rezende, nº 780 | Centro | Boa Esperança/ES | CEP 29.845-000
Telefone: (27) 3768 6518 | E-mail: planejamento@boaesperanca.es.gov.br | www.boaesperanca.es.gov.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA ESPERANÇA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

REQUERIMENTO PARA INGRESSO AO CADASTRO MUNICIPAL DE FORNECIMENTO DE FRALDAS:

_____, RG _____,
responsável pelo paciente Sr (a)

_____, CNS n.º _____, requiro o
ingresso ao cadastro municipal de fornecimento de fraldas, conforme cópia dos documentos abaixo
elencados e que se encontram anexos.

- () prescrição médica
- () 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 representante/responsável legal do 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).

Boa Esperança, ES, ____/____/____

Assinatura do requerente



PODER EXECUTIVO

Município de Boa Esperança - Estado do Espírito Santo
SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

Av. Senador Eurico Rezende, nº 780 | Centro | Boa Esperança/ES | CEP 29.845-000
Telefone: (27) 3768 6518 | E-mail: planejamento@boaesperanca.es.gov.br | www.boaesperanca.es.gov.br

ANEXO VI

**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA ESPERANÇA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

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

_____, RG _____, responsável pelo
paciente _____ Sr _____ (a)

_____, CNS n.º _____, requeiro a alteração do
() tamanho () quantidade de fraldas fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Boa
Esperança, sendo de _____ para _____, em virtude de
_____.

Boa Esperança, ES, _____ / _____ / _____

Assinatura do requerente



PODER EXECUTIVO

Município de Boa Esperança - Estado do Espírito Santo
SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

Av. Senador Eurico Rezende, n° 780 | Centro | Boa Esperança/ES | CEP 29.845-000
Telefone: (27) 3768 6518 | E-mail: planejamento@boaesperanca.es.gov.br | www.boaesperanca.es.gov.br

**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA ESPERANÇA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

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

_____, RG _____, responsável pelo
paciente _____ Sr _____ (a)

_____, CNS n.º _____, requeiro a alteração do
() tamanho () quantidade de fraldas fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Boa
Esperança, sendo de _____ para _____, em virtude de

_____.

Boa Esperança, ES, _____ / _____ / _____

Assinatura do requerente



PODER EXECUTIVO

Município de Boa Esperança - Estado do Espírito Santo
SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO
Av. Senador Eurico Rezende, nº 780 | Centro | Boa Esperança/ES | CEP 29.845-000
Telefone: (27) 3768 6518 | E-mail: planejamento@boaesperanca.es.gov.br | www.boaesperanca.es.gov.br

ANEXO VII

**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA ESPERANÇA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

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

_____, RG _____, responsável pelo
paciente Sr (a)

_____, CNS n.º _____, requiro sua exclusão do
cadastro de pacientes beneficiados com o fornecimento de fraldas descartáveis, em virtude de

Boa Esperança, ES, ____/____/____

Assinatura do requerente



PODER EXECUTIVO

Município de Boa Esperança - Estado do Espírito Santo
SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

Av. Senador Eurico Rezende, nº 780 | Centro | Boa Esperança/ES | CEP 29.845-000
Telefone: (27) 3768 6518 | E-mail: planejamento@boaesperanca.es.gov.br | www.boaesperanca.es.gov.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA ESPERANÇA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

_____, RG _____, responsável pelo
paciente Sr (a)

_____, CNS n.º _____, requiro sua exclusão do
cadastro de pacientes beneficiados com o fornecimento de fraldas descartáveis, em virtude de

Boa Esperança, ES, ____/____/____

Assinatura do requerente



PODER EXECUTIVO

Município de Boa Esperança - Estado do Espírito Santo
SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

Av. Senador Eurico Rezende, nº 780 | Centro | Boa Esperança/ES | CEP 29.845-000
Telefone: (27) 3768 6518 | E-mail: planejamentoogestao@boaesperanca.es.gov.br | www.boaesperanca.es.gov.br

ANEXO VIII

<p>PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA ESPERANÇA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE</p> <p>PACIENTE: _____</p> <p>CNS N.º: _____</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Para renovar o benefício, o paciente ou seu cuidador deverá procurar o Serviço Social munido do formulário de renovação que lhe foi entregue e da cópia de um comprovante de endereço atualizado (mês em curso ou mês anterior).➤ Para renovar o benefício, o paciente deverá procurar o Serviço Social munido da cópia de um comprovante de endereço atualizado (mês em curso ou mês anterior) e adotar as providências no caso da manutenção do benefício.➤ O fornecimento será suspenso se após o período de cento e cinquenta dias do início do atendimento não for encaminhado o pedido de renovação.	<p>PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA ESPERANÇA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE</p> <p>PACIENTE: _____</p> <p>CNS N.º: _____</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Para renovar o benefício, o paciente ou seu cuidador deverá procurar o Serviço Social munido do formulário de renovação que lhe foi entregue e da cópia de um comprovante de endereço atualizado (mês em curso ou mês anterior).➤ Para renovar o benefício, o paciente deverá procurar o Serviço Social munido da cópia de um comprovante de endereço atualizado (mês em curso ou mês anterior) e adotar as providências no caso da manutenção do benefício.➤ O fornecimento será suspenso se após o período de cento e cinquenta dias do início do atendimento não for encaminhado o pedido de renovação.
<p>PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA ESPERANÇA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE</p> <p>PACIENTE: _____</p> <p>CNS N.º: _____</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Para renovar o benefício, o paciente ou seu cuidador deverá procurar o Serviço Social munido do formulário de renovação que lhe foi entregue e da cópia de um comprovante de endereço atualizado (mês em curso ou mês anterior).➤ Para renovar o benefício, o paciente deverá procurar o Serviço Social munido da cópia de um comprovante de endereço atualizado (mês em curso ou mês anterior) e adotar as providências no caso da manutenção do benefício.➤ O fornecimento será suspenso se após o período de cento e cinquenta dias do início do atendimento não for encaminhado o pedido de renovação.	<p>PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA ESPERANÇA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE</p> <p>PACIENTE: _____</p> <p>CNS N.º: _____</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Para renovar o benefício, o paciente ou seu cuidador deverá procurar o Serviço Social munido do formulário de renovação que lhe foi entregue e da cópia de um comprovante de endereço atualizado (mês em curso ou mês anterior).➤ Para renovar o benefício, o paciente deverá procurar o Serviço Social munido da cópia de um comprovante de endereço atualizado (mês em curso ou mês anterior) e adotar as providências no caso da manutenção do benefício.➤ O fornecimento será suspenso se após o período de cento e cinquenta dias do início do atendimento não for encaminhado o pedido de renovação.



PODER EXECUTIVO

Município de Boa Esperança - Estado do Espírito Santo
SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

Av. Senador Eurico Rezende, nº 780 | Centro | Boa Esperança/ES | CEP 29.845-000
Telefone: (27) 3768 6518 | E-mail: planejamento@boaesperanca.es.gov.br | www.boaesperanca.es.gov.br

ANEXO IX

<p>PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA ESPERANÇA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE</p> <p>PACIENTE: _____</p> <p>CNS N.º: _____</p> <p>PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS () CADASTRO - () RENOVAÇÃO - () ALTERAÇÃO no Fornecimento de Fraldas Descartáveis.</p> <p>Boa Esperança, ____/____/____</p> <p>_____</p> <p>Assinatura /servidor</p>	<p>PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA ESPERANÇA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE</p> <p>PACIENTE: _____</p> <p>CNS N.º: _____</p> <p>PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS () CADASTRO - () RENOVAÇÃO - () ALTERAÇÃO no Fornecimento de Fraldas Descartáveis.</p> <p>Boa Esperança, ____/____/____</p> <p>_____</p> <p>Assinatura /servidor</p>
---	---

<p>PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA ESPERANÇA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE</p> <p>PACIENTE: _____</p> <p>CNS N.º: _____</p> <p>PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS () CADASTRO - () RENOVAÇÃO - () ALTERAÇÃO no Fornecimento de Fraldas Descartáveis.</p> <p>Boa Esperança, ____/____/____</p> <p>_____</p> <p>Assinatura /servidor</p>	<p>PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA ESPERANÇA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE</p> <p>PACIENTE: _____</p> <p>CNS N.º: _____</p> <p>PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS () CADASTRO - () RENOVAÇÃO - () ALTERAÇÃO no Fornecimento de Fraldas Descartáveis.</p> <p>Boa Esperança, ____/____/____</p> <p>_____</p> <p>Assinatura /servidor</p>
---	---



PODER EXECUTIVO

Município de Boa Esperança - Estado do Espírito Santo
SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

Av. Senador Eurico Rezende, nº 780 | Centro | Boa Esperança/ES | CEP 29.845-000
Telefone: (27) 3768 6518 | E-mail: planejamento@boaesperanca.es.gov.br | www.boaesperanca.es.gov.br

**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA ESPERANÇA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

PACIENTE: _____

CNS N.º: _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

() CADASTRO - () RENOVAÇÃO - () ALTERAÇÃO

no Fornecimento de Fraldas Descartáveis.

Boa Esperança, ____/____/____

Assinatura /servidor

**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA ESPERANÇA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

PACIENTE: _____

CNS N.º: _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

() CADASTRO - () RENOVAÇÃO - () ALTERAÇÃO

no Fornecimento de Fraldas Descartáveis.

Boa Esperança, ____/____/____

Assinatura /servidor