

6. ALTERAÇÃO:

6.1 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, ou pelo ESF e SAD mediante requerimento assinado pela equipe assistencial. O prazo para o atendimento dessas solicitações é de 60 dias.

6.2 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 atualizados junto à UBS, ESF e SAD, mantendo o cadastro no SIS atualizado.

7. CANCELAMENTO:

7.1 Caso o uso das fraldas descartáveis 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 e mudança de município também se enquadram nessa situação.

ANEXO III

RELAÇÃO OBRIGATÓRIA DE DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO NO PROGRAMA DE DISPENSAÇÃO DE FRALDAS.

- 2 Prescrição médica em papel timbrado proveniente de serviços públicos de saúde devidamente preenchida com nome do paciente, data, descrição da patologia, indicação dos CID'S e quantidade de fraldas necessárias (número de trocas diárias ou uso noturno), constando o tipo infantil e o respectivo tamanho.
- 3 Cópia do RG e CPF do paciente ou certidão de nascimento;
- 4 Cópia do CNS – cartão nacional de saúde do paciente (cartão SUS);
- 5 Cópia do RG e CPF do responsável solicitante, indicando grau de parentesco ou situação;
- 6 Comprovante de endereço atualizado do responsável (conta de água, luz, ou telefone).
- 7 Cópia de folha resumo do cadastro único.

A não apresentação de qualquer um dos documentos constantes na relação, impossibilita a inscrição no programa.

ANEXO IV

TABELA DE ESTRATIFICAÇÃO POR RENDA PER CAPITA

CLASSIFICAÇÃO	FAIXA DE RENDA PER CAPITA
C	Até Meio Salário Mínimo
B	Acima Meio Salário Mínimo Até 1 (Um) Salário Mínimo
A	Acima De 1 (Um) Salário Mínimo

ANEXO V

RECEITUÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Atesto para os devidos fins que o (a) _____ é portador da patologia (CID) _____ e da incontinência (CID) _____, tendo a necessidade de utilização de fraldas descartáveis, conforme segue abaixo:

() Fralda Infantil

TAMANHO:

() G () EG () EXG () JUVENIL

TROCAS POR DIA:

() 1 X () 2 X () 3 X

Carimbo da Unidade de Saúde

Carimbo e assinatura

Sorocaba,

ANEXO VI

Ref. Devolutiva da Solicitação de Fraldas conforme Resolução SES nº 01/2026 (Diretrizes para Fornecimento de Fraldas Descartáveis)	Carimbo da Unidade	
Nome do munícipe: _____		D.N.: _____
Data da entrega desta devolutiva: ____/____/____		

Vimos através deste informar que após apreciação dos documentos e avaliação com base na Resolução SES nº 01/2026, o pedido de fornecimento de fraldas do munícipe acima informado foi indeferido.

Motivo(s):

- ☐ Não é população-alvo (pessoas com idade inferior a 2 anos de idade e superior a 18 anos de idade) conforme Resolução SES nº 01/2026.
- ☐ Patologia não contempla, conforme CID-10 descritos na Resolução SES nº 01/2026 ☐ Não apresentou os documentos conforme Resolução SES nº 01/2026 .
- ☐ Não reside no Município conforme Resolução SES nº 01/2026.
- ☐ Não está vinculado à UBS conforme Resolução SES nº 01/2026.

Secretaria da Saúde Prefeitura de Sorocaba

ANEXO VII

TERMO DE COMPROMISSO

Para retirar as fraldas, o responsável deverá comparecer a unidade indicada pela sua UBS, munido de documento de identificação do paciente (RG ou CPF) ou cópia legível da Certidão de Nascimento.

O fornecimento de fraldas se dará pelo período de 180 dias. Permanecendo a necessidade do paciente após 120 dias, o responsável deverá comparecer na unidade de saúde solicitando a renovação do benefício.

O fornecimento será mensal e a entrega será efetuada na unidade indicada pela sua Unidade de Saúde de Referência, nas datas e horários preestabelecidos.

As fraldas descartáveis fornecidas pelo município são para uso exclusivo do paciente para o qual foi requisitado o benefício. Caso não seja retirada a cota de fraldas dentro do mês, essa não será acumulada para o mês seguinte.

Caso haja necessidade de alteração de tamanho das fraldas, deverá ser solicitada a alteração na unidade em que o paciente faz a retirada do material.

O não comparecimento para a retirada das fraldas por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, implicará a suspensão do benefício, salvo os casos devidamente justificados (ex: internação hospitalar). O fornecimento também será suspenso em casos de uso indevido do material e após o período de cento e oitenta dias se não for protocolado o pedido de renovação.

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

Nome do Paciente: _____ SIS _____

Nome do Responsável: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

DIVISÃO DE ADMINISTRAÇÃO DE CONVÊNIOS

Extrato de Termo de Convênio

SEI 3552205.404.00092700/2025-27

OBJETO – O Município de Sorocaba, por meio da Secretaria da Saúde – SES, com fundamento na Lei Federal nº 14.133 de 01 de abril de 2021 e normas correlatas, e o Grupo de Pesquisa e Assistência ao Câncer Infantil - GPACI, instituição privada sem fins lucrativos, celebram termo de convênio com a finalidade custear 873 (oitocentos e setenta e três) exames laboratoriais de alta complexidade, utilizados no diagnóstico, classificação, monitoramento e estratificação de risco de doenças hematológicas, especialmente em crianças e adolescentes de zero até dezoito anos.

CONCEDENTE: Prefeitura de Sorocaba

CONVENENTE: O Grupo de Pesquisa e Assistência ao Câncer Infantil - GPACI

CNPJ: 50.819.523/0001-32

VALOR: R\$ 500.000,00 (cem mil reais)

VIGÊNCIA: 24/03/2026 a 23/03/2028

DOTAÇÃO:

Órgão	Econômica	Função	Subfunção	Programa	Ação	Fonte	Cód. Aplicação
18.01.00	3.3.50.39.06	10	302	1001	6015	08	3020000

Secretaria da Saúde