



### TERMO DE RESPONSABILIDADE DA SMS

Eu,....., CPF..... Secretário Municipal de Saúde ou Responsável pelo Serviço de Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar do município de ..... comprometo-me a cumprir e fazer cumprir as exigências da Secretaria de Estado da Saúde no referente fornecimento de Oxigênio Medicinal e/ou Aparelho de Ventilação Mecânica Domiciliar para o (a) paciente ..... com indicação do Tratamento, residentes na jurisdição deste município, cadastrados no Serviço de Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar da Secretaria de Estado da Saúde.

Responsabilidades da Secretaria Municipal de Saúde:

1. Indicar um técnico responsável pelo Serviço de Oxigenoterapia Ventilação Domiciliar no município;
2. Montar o processo de solicitação de acordo com os Critérios do Serviço;
3. Acompanhar a instalação dos equipamentos de Oxigenoterapia e/ou Ventilação Mecânica Domiciliar, em conjunto com a empresa prestadora do serviço, no domicílio do paciente e enviar o relatório de instalação para a SES;
4. Assistir, acompanhar e orientar os pacientes em domicílio, por meio das equipes do PACS/PSE, e providenciar/atender solicitações pertinentes à manutenção do Serviço;
5. Enviar mensalmente, relatório de acompanhamento/visitas domiciliares para a SES;
6. Controlar o tratamento/consumo autorizado pela SES;
7. Garantir a manutenção/otimização do tratamento com avaliações médicas sistemáticas e realização do exame de gasometria arterial, quando necessário;
8. Garantir reavaliação médica para renovação do processo conforme data especificada na Guia de Autorização de Serviço (GAS);
9. Notificar qualquer alteração referente ao paciente (alta, óbito, endereço etc.) ao Serviço de Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar;
10. Garantir a continuidade do serviço no município, na saída do técnico responsável indicar imediatamente outro para assumir o trabalho, repassando a rotina e comunicando à SES.

CIENTE DA SUSPENSÃO DE FORNECIMENTO CASO NÃO SEJAM CUMPRIDAS AS EXIGÊNCIAS CITADAS, LEIO E ASSINO.

LOCAL: .....

DATA: .....

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO SECRETÁRIO  
MUNICIPAL DE SAÚDE.