Diário Oficial
MUNICÍPIO DE MIRASSOL
www.mirassol.sp.gov.br / www.imprensaoficialmunicipal.com.br/mirassol

Publicação Oficial da Prefeitura de Mirassol, conforme Lei Municipal n. 4.095, de 21 de dezembro de 2017

Quarta-feira, 27 de dezembro de 2023 | **Ano VI | Edição nº 1370** | **Página 1 de 17**

SUMÁRIO

Poder Executivo 2
Atos Administrativos 2
Outros atos administrativos 2
Licitações e Contratos 17
Aviso de Dispensa Eletrônica - Lei Federal nº 14.133/21 17

PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRASSOL

CNPJ 46.612.032/0001-49

Praça Dr. Anísio José Moreira, nº 2.290, Centro

CEP 15130-065

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO

DIVISÃO DE COMUNICAÇÕES ADMINISTRATIVAS

Telefone: (17) 3243-8120

E-mail: dca@mirassol.sp.gov.br

Site: www.mirassol.sp.gov.br

www.imprensaoficialmunicipal.com.br/mirassol

ACERVO

As edições do Diário Oficial Eletrônico de Mirassol poderão ser consultadas através da internet, por meio do seguinte endereço eletrônico: www.mirassol.sp.gov.br

Para pesquisa por qualquer termo e utilização de filtros, acesse www.imprensaoficialmunicipal.com.br/mirassol

As consultas e pesquisas são de acesso gratuito e independente de qualquer cadastro.

EXPEDIENTE

O Diário Oficial do Município de Mirassol, veiculado exclusivamente na forma eletrônica, de forma gratuita, é coordenado pelo Departamento de Administração - Divisão de Comunicações Administrativas, sendo este o meio de publicação oficial.

PODER EXECUTIVO

Atos Administrativos

Outros atos administrativos

Estado de São Paulo

PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua D.Pedro II, nº 2175 – Centro ☎(0**17) 3253-9989
Home-page: www.mirassol.sp.gov.br

PROTOCOLO DE OXIGENOTERAPIA DE MIRASSOL

Prefeito: Edson Antonio Ermenegildo

Secretario de Saúde: Frank Hulder de Oliveira

Coordenador Médico da Regulação: Dr. Celso Alexandre Bottos

Enfermeira da Regulação: Rosana Aparecida da Silva Gonzales

Gerente da Atenção Básica: Ailton Paulo Ramos

Gerente da Unidade de Pronto Atendimento: Glaucia Soares Sardinha

JULHO/2023

Estado de São Paulo

PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua D.Pedro II, nº 2175 – Centro ☎(0**17) 3253-9989
Home-page: www.mirassol.sp.gov.br

INTRODUÇÃO

A **oxigenoterapia domiciliar prolongada** (ODP) em pacientes com hipoxemia crônica grave foi propost como uma terapia para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), após a publicação de dois estudo clínicos Nocturnal Oxygen Therapy Trial (NOTT - 1980) e o Medical Research Council (MRC - 1981) respectivamente de pesquisadores americanos e britânicos, os quais mostraram que a oxigenoterapia melhora qualidade e prolonga a vida dos portadores de DPOC com hipoxemia grave.

Após quase 5 décadas, a ODP se estabeleceu como importante apoio terapêutico para pacientes con hipoxemia crônica grave.

Doenças com provável indicação de Oxigenoterapia (CID-10) e contempladas no programa:

E84.0 - Fibrose cística com manifestações pulmonares G47.3 - Apnéia do sono;

I26 - Embolia pulmonar;

I27.0 - Hipertensão pulmonar idiopática I27.2 - Hipertensão pulmonar secundaria J43 - Enfisema pulmonar;

J44 - Outras doenças obstrutivas crônicas J47 – Bronquiectasia;

J60 a J70 - Doenças pulmonares devido a agentes externos (pneumoconioses)

J84 - Outras doenças intersticiais pulmonares;

J84.1 - Outras doenças intersticiais pulmonares com fibrose;

J84.8 - Outras doenças intersticiais pulmonares especificadas

J96.1 - Insuficiência respiratória crônica;

P27.1 - Displasia broncopulmonar originada no período perinatal;

ENCAMINHAMENTO ÀS UNIDADES DE AVALIAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

1- Critérios:

Laudo médico para ODP devidamente preenchido por generalista, clínico, pediatra ou pneumologista.Deve conter no laudo:

Nome Completo do Paciente

CPF

Matrícula da Unidade de Saúde de Origem e CNS

Nome(s) da(s) doença(s) hipoxemiante(s) CID (s)

Estado de São Paulo

PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua D.Pedro II, nº 2175 – Centro ☎(0**17) 3253-9989
Home-page: www.mirassol.sp.gov.br

Tempo de Diagnóstico(s) da Doença(s) e Medicamentos em Uso

Tempo de Tratamento e Local de origem

2 - Comprovante de Residência

Serão considerados adequados outros comprovantes de residência, habitualmente aceitos como conta de luz, água, telefone fixo, correspondência bancária em nome do usuário.

Obs. Somente serão cadastrados os pacientes do município de Mirassol residentes há pelo menos 3meses.

3 - Resultados de exames:

- Imagem do tórax (radiografia de tórax PA e Perfil): Realizado há no máximo um ano;
- Gasometria Arterial e/ou Oximetria de pulso em repouso: PaO2 (em ar ambiente) PaCO2 (em a ambiente), pH ou somente a saturação de Oxigênio em ar ambiente e hematócrito com tempo menor d 30 dias;
- Teste da Caminhada de 6 minutos: distância em metros (em percentual do previsto), saturação d oxigênio antes e após a caminhada em %, frequência cardíaca antes e após em bpm, escala de Borg ante e após em pontos.

Escala funcional: Organização Mundial de Saúde

Obs.1: O cadastramento poderá ser realizado por familiar e ou responsável pelo usuário.

Exames (pelo menos 1 dos listados acima, além do exame de imagem (pode apresentar outro exame de imagem de maior complexidade)

3.1 Definição de elegibilidade ao programa de ODP

Estar apto para entrar no programa de Oxigenoterapia.

3.2 Tempo de permanência no programa, caso apto, indicar se a:

3.2.1 - condição será permanente de necessidade de ODP

3.2.1.1 - Todos os pacientes deverão ser agendados para reavaliação 6 meses, prazo máxim (caso não o faça serão excluídos do programa), inclusive aqueles quejá são atendidos pelo programa, contar da publicação deste protocolo.

Estado de São Paulo

PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua D.Pedro II, nº 2175 – Centro ☎(0**17) 3253-9989
Home-page: www.mirassol.sp.gov.br

Os pacientes que já estão no programa de ODP atualmente, serão reavaliados no prazo máximo de 1 mês da publicação deste protocolo, a fim de avaliar se atendem aos critérios acima descritos.

3.2.2 - condição possível de temporariedade de necessidade de ODP

3.2.2.1 - Todos os pacientes com critério de ODP condição especial serão agendados para reavaliação a cada 3 a 4 meses

3.3 Aceitabilidade do laudo

Deverá ser assinado pelo médico regulador da Secretaria Municipal de Saúde de Mirassol.

Exames	**Critério de ODP**
Gasometria arterial (ou saturação) Em repouso	$PaO_2 \leq 55$ mmHg ou $SaO_2 \leq 88\%$
Teste da caminhada de 6 minutos	$PaO_2 \leq 55$mmHg ou $SaO_2 \leq 88\%$ (após o término)
Polissonografia	$SaO_2 \leq 55$ mmHg ou $SaO_2 \leq 88\%$ durante o sono ou Dessaturação $\geq 5\%$ com sinais ou sintomas de hipoxemia (definidos como embotamento do processo cognitivo, fadiga ou insônia)
Exames	**Critério de ODP (condição especial)**
Gasometria arterial (ou saturação) Em repouso	*Pacientes com insuficiência cardíaca, Cor Pulmonale ou hematócrito >56%* $PaO_2 \geq 55$ mmHg a ≤ 59 mmHg com $SaO_2 \leq 89\%$
Saturação de Oxigênio Em repouso	**Crianças e Adolescentes (≤ 16 anos)** Em ar ambiente evidenciando $\leq 92\%$

Na Tabela abaixo, seguem as indicações de admissão no programa de ODP.

Legenda: PaO2: pressão parcial de oxigênio periférico; Sat.O2: saturação periférica de oxigênio; ODP: oxigenoterapia domiciliar prolongado;

Obs.*deverá apresentar o resultado da polissonografia com até 6 meses de realizado.

Estado de São Paulo

PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua D.Pedro II, nº 2175 – Centro ☎(0**17) 3253-9989
Home-page: www.mirassol.sp.gov.br

Obs:Todas as análises da gasometria ou da oximetria deverão ser realizadas em ar ambiente, exceto nas condições que a equipe de saúde considerar que há insegurança para o procedimento.

4. Critérios de inclusão

Pacientes com indicação de ODP, para que recebam o oxigênio, deverão:

- Residir no município de Mirassol;
- Apresentar documento de solicitação da ODP e gasometria arterial que comprove a presença de hipoxemia ou oximetria de pulso em casos especiais. Em casos especiais apresentar os exames que comprovem tais condições.
- Apresentar cópia dos documentos.

Na impossibilidade do paciente apresentar o documento de solicitação da ODP (Anexo III), o oxigênio para uso domiciliar poderá ser autorizado em caráter provisório, mediante a apresentação da prescrição médica, porém os familiares deverão comparecer a consulta marcada com o pneumologista da rede ou em casos de pacientes restritos ao leito ser avaliado pelo médico da unidade básica do municipio, com os exames do paciente e o relatório do médico prescritor na data marcada.

4.1. Casos de Exceção

A gasometria arterial não será obrigatória nas seguintes situações para:

- Crianças - Nestes casos a oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando SpO_2 92% já é suficiente para indicação e manutenção de ODP.
- Adolescentes $\leq$ 16 anos - Nestes casos a oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando $SpO_2 \leq 92\%$ já é suficiente para indicação e manutenção de ODP.
- Pacientes com pneumopatias acamados e/ou com dificuldade de locomoção. Nestes casos a oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando SpO_2 menor do que 90% já é suficiente para indicação e manutenção de ODP.
- Casos de exceção ou de pacientes sem pneumopatia, mas com indicação de usar oxigênio ou para tratamento paliativo (exs: doenças neuromusculares, fase terminal de doenças cardiovasculares, neoplásicas, da síndrome de imunodeficiência adquirida e outras). Nestes casos a oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando SpO_2 menor do que 90% mais os exames que comprovem a doença de base, assim como a necessidade da oxigenoterapia domiciliar prolongada, já serão suficientes para indicação e manutenção de ODP

4.2- Critérios para manutenção do fornecimento de ODP

Estado de São Paulo

PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua D.Pedro II, nº 2175 – Centro ☎(0**17) 3253-9989
Home-page: www.mirassol.sp.gov.br

Para manutenção do fornecimento de oxigênio o paciente deverá apresentar **a cada 3-4 meses**: Documento que confirme a necessidade da manutenção de ODP (Anexo III), em duas vias, para todos os casos, inclusive para os de exceção.

Gasometria arterial realizada durante doença estável e atualizada, salvo nos casos de exceção.

4.3 Critérios de exclusão da oxigenoterapia domiciliar prolongada

- Melhora gasométrica e ou da oximetria de pulso, segundo o Consenso de ODP da Sociedade Brasileira de Pneumologia.
- Mudança de local de residência para fora do município de Mirassol;
- Não atendimento aos requerimentos constantes no item 3;
- Estar internado por mais de 30 (trinta) dias;
- Não comparecimento, do paciente ou familiar a **pelo menos uma consulta no período solicitado para reavaliação (6 meses),** no médico para renovação do laudo, sendo reavaliado dentro dos parâmetros estabelecidos neste protocolo.
- Não atendimento a três visitas do fisioterapeuta e não comparecimento à consulta agendada na UBS, após convocação. Casos de pacientes restritos ao leito podem ser avaliados pelo medico do programa de oxigenioterapia.

5- ENCAMINHAMENTO

O parecer será entregue ao usuário ou ao responsável, que será orientado sobre os procedimentos subsequentes.

6- FONTES DE OXIGÊNIO

Poderão ser disponibilizadas as fontes de oxigênio, como cilindros de gás sob pressão, concentradores de oxigênio.

Há de se considerar o contrato atual vigente entre a Secretaria de Saúde de Mirassol e a empresa licitada para o fornecimento da fonte de oxigênio, que disponibilizará apenas a fonte contratada.

Outra informação importante é que o paciente ou seus familiares precisam ser capazes de compreender as instruções dadas pelo médico/enfermeiro/empresa de gases para sua correta utilização.

Ao se indicar o concentrador de oxigênio deve-se levar em consideração o aumento do consumo de energia elétrica e as condições das instalações elétricas do domicílio. Caso a condição econômica do paciente/familiar se enquadre na lei federal de isenção tarifária de energia (renda familiar menor que três salários mínimos), a família deverá se inscrever no Cadastro Único (com o auxílio da assistente social),

Estado de São Paulo

PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua D.Pedro II, nº 2175 – Centro ☎(0**17) 3253-9989
Home-page: www.mirassol.sp.gov.br

antes doconcentrador ser prescrito.

7 - CUIDADOS COM A OXIGENIOTERAPIA DOMICILIAR (OTD)

7.1 - Cuidados básicos com o concentrador de oxigênio e o cilindro

a - Manter a fonte de oxigênio, que não é combustível por si próprio, mas pode sofre combustão quando próximo ao fogo.

b - **Não fumar durante o uso do oxigênio**, manter suas mãos sempre limpas, sem cremes, graxas, óleos ou outras substâncias de qualquer espécie que possam sofrer combustão.

c - Cuidados com aparelhos elétricos que possam emitir faíscas.

d - Nunca usar graxas ou óleos nas válvulas e no manômetro de oxigênio.

e - Transportar o cilindro e o concentrador com cuidado para evitar queda e risco de explosão.

f - Nunca deitar o concentrador ou cilindro no chão.

g - Não colocar o concentrador ou cilindro na cozinha ou banheiro.

7.2 - Cuidados específicos do concentrador de oxigênio

a - Ligar o concentrador em uma tomada (110v) exclusiva para este aparelho sem o uso de benjamim ou extensão.

b - Colocar o concentrador em local arejado evitando encostar o lado do filtro.

c - O filtro deve estar bem seco para retornar para o concentrador.

d - O aparelho só deve funcionar com o filtro externo.

e - Trocar a água do copo do concentrador a cada 48h e completar quando necessário, usar sempre água filtrada.

7.3 - Cuidados especiais com o cilindro de oxigênio

a - Manter o umidificador com água até a marca ou no mínimo 2/3 de sua capacidade.

b - A água utilizada no umidificador deve ser trocada diariamente.

Estado de São Paulo

PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua D.Pedro II, nº 2175 – Centro ☎(0**17) 3253-9989
Home-page: www.mirassol.sp.gov.br

c - Quando o nível de água do umidificador estiver baixo, desprezar a água restante e colocar nova água para evitar que se torne meio de cultura.

d - Fluxos de 1 a 2 litros podem prescindir do uso de umidificador.

7.4 - Cuidados pessoais com o oxigenoterapia domiciliar prolongado

a - O oxigênio deve sempre ser utilizado com umidificador. Sem a umidificação, a mucosa do nariz pode ficar ressecada e causar sangramentos e mais frequência de traumas e infecção. A perda ou diminuição do olfato podem acontecer.

b - Limpar as narinas e observar se o cateter não está obstruído.

7.5 - Cuidados na monitoração da Oximetria Digital

a - Os pacientes deverão ter disponibilizado oxímetro digital, no momento da avaliação técnica pela equipe da Secretaria de Saude de Mirassol, que permita a aferição da saturação periférica de oxigênio. Esse dispositivo deverá ser utilizado para determinar o valor da oximetria. Não é de responsabilidade deste programa o fornecimento do oxímetro digital, sendo apenas disponibilizado para a aferição da saturação no momento da avaliação da equipe de saúde.

b - O esmalte das unhas de algumas cores (particular- mente as cores escuras) ou as unhas postiças podem reduzir a transmissão de luz e, portanto, afetar a precisão da medição da oximetria.

c - Durante o dia a monitoração deverá ser realizada, conforme orientação da equipe de saúde, para alcançar as metas propostas no tratamento: saturação de oxigênio >92%.

d - A higienização do oxímetro poderá ser realizada com pano umedecido com álcool de forma suave na área interna, onde se coloca o dedo.

8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adde FV, Alvarez AE, Barbisan BN, Guimarães BR. Recom- mendations for long-term home oxygen therapy in children and adolescents. J Pediatr (Rio J). 2013;89:6-17.

2. Bartholo TP, Gomes MM, Noronha Filho AJ. DPOC – o impac- to da oxigenoterapia domiciliar no tratamento. Pulmão RJ

- Atualizações Temáticas 2009;1 (1):79-84.

3. Medical Research Council Working Party. Report of long-

-term domiciliary oxygen therapy in chronic hypoxic cor pulmonale complicatig chronic bronchitis and emphysema. Lancet 1981; 1: 681-685.

Estado de São Paulo

PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua D.Pedro II, nº 2175 – Centro ☎(0**17) 3253-9989
Home-page: www.mirassol.sp.gov.br

4. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

5. Ministério da Saúde. Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

6. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.533, de 17 de julho de 2012 – altera e complementa dispositivos da Portaria 2.527/ MS.

7. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 – Política Nacional de Atenção Básica – PNAB.

8. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011 – redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS.

9. Ministério da Saúde. Portaria nº 609, 6 de junho de 2013, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Doença Pulmo- nar Obstrutiva Crônica.

10. Nocturnal Oxygen Therapy Trial Group. Continuos or nocturnal oxygen therapy in hypoxemic chronic obstrutive lung diseases . Ann Intern Med. 1980; 93: 391-398.

11. SBPT. Temas em revisão - Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada, 2008. Disponível no site: www.sbpt.org.br.

12. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Norma Técnica para indicação e controle de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP). Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005

<http://www.saude.rs.gov.br/das/nor. php>

13. Secretaria de Estado da Saúde. Diretrizes para Oxigenoterapia Domiciliar. Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

14. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Protocolo de Atenção à Saúde Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada no DF, 2014.

15. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Projeto de atendimento em Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada de setembro de 2007.

16. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Diretrizes do Programa Pulmão Paulistano e de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada. 2010.

17. Viegas CAA, Adde FV, Paschoal IA, Godoy I, Machado MCLO. Consenso de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada da Sociedade Brasileira de Pneumologia- J Pneumologia, 2000; 26: 341-350.

Estado de São Paulo

PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua D.Pedro II, nº 2175 – Centro ☎(0**17) 3253-9989
Home-page: www.mirassol.sp.gov.br

ANEXO I – Relatório para Implantação de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

Secretaria Municipal da Saúde de Mirassol. **UBS** _____
Relatório para Implantação de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada
Informações do paciente **Nome:**_____**Dt. Nasc:**__/__/__**Idade:** **RG:**_____**CPF:**_____**Endereço:**_____ **Diagnóstico:**_____**CID 10:** _____ **Doenças Associadas:**_____
Identificação do Responsável: Paciente/Familiar/Acompanhante **Nome:**_____**Idade:**_____**RG:**_____**CPF:** **Assinatura:**_____**Grau de parentesco**_____
Fonte preferencial de oxigênio: **( ) cilindros O2 sob pressão ( ) concentrador de 5L/m**
Condições da Residência do Paciente **Rede de água: ( ) Pública ( ) Poço ( ) Outro (especificar)** _____ **Rede de esgoto ( ) Sim ( ) Não** **Rede Elétrica: ( ) Sim ( ) Não** **Se Sim: Pública ( ) Vizinho ( ) Outra ( )** **Condições de acesso residencial** **( ) É permitida a entrada de veículo próximo a residência** **( ) Não é permitida a entrada de veículo próximo a residência**
Compreensão do uso do equipamento de oxigênio fornecido para o paciente ou familiar **( ) Não consegue acompanhar a explicação** **( ) Acompanha a explicação com dificuldade ( ) Acompanha a explicação**
Observação
Identificação do Representante da Empresa **Nome:**_____**Assinatura: Data:** __/__/_____
Identificação do Profissional da Saude **( ) De Acordo** **Nome:**_____**Assinatura: Data:**

Diário Oficial assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2, de 2001 e Lei 14.063, de 2020, garantindo autenticidade, validade jurídica e integridade.

Estado de São Paulo

PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua D.Pedro II, nº 2175 – Centro ☎(0**17) 3253-9989
Home-page: www.mirassol.sp.gov.br

ANEXO II – Relatório de Monitoramento Mensal

Relatório de Monitoramento Mensal	
ID:	**UBS:**
Nome:_____ Dt. Nasc:___/___/___Idade:_____RG:_____CPF:_____ Endereço:_____Telefone: _____ Diagnóstico:_____CID: _____ Doenças Associadas:_____	
Prescrição: a- Fluxo:_____	b- quantidade de horas/dia: _____
Avaliação Clínica Pulso:_____ FR:_____	Oximetria:_____ sem O2_____% com O2_____% FC: _____
Vistoria Técnica	
1. Concentrador de Oxigênio **Número de série:** a- Horímetro:_____ b- Aspecto Geral (Conexões Elétricas,Limpeza de Filtros , Umidificador): Especificar_____ **2. Oxigênio Gasoso** Aspecto Geral (Fluxômetro, Umidificador, Válvula reguladora de Pressão): Especificar_____ **3. CPAP**_____ Aspecto Geral (Traquéia, máscara)_____ Especificar_____	
Identificação do Responsável: Paciente/Familiar/Acompanhante	
Nome :_____ Idade :_____RG:_____CPF:_____ Assinatura:_____	
Observações:	
Identificação do Profissional de Saúde Nome:_____Crefito nº _____ Assinatura:_____Data:____/____/ ____	

Estado de São Paulo

PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua D.Pedro II, nº 2175 – Centro ☎(0**17) 3253-9989
Home-page: www.mirassol.sp.gov.br

ANEXO III – Solicitação de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

Secretaria Municipal da Saúde de Mirassol

UBS _____

Solicitação de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

1. Informações do paciente

Nome_____

Doença Pulmonar_____CID 10: _____

_____CID 10: _____

Doenças Associadas_____CID 10: _____

_____CID 10: _____

Paciente internado ( ) Não

( ) Sim / Hospital _____

2. Avaliação da oxigenação

Gasometria arterial (doença: estável exacerbada / sem o uso de oxigênio)

Data da realização:_____ /_____/ _____

pH=_____$PaCO_2$=_____PaO_2=_____SaO_2=_____% HCO_3=_____BE= _____

(Anexar resultados)

3. Dados da solicitação

Tempo de uso diário:_____h/dia (mínimo 15 h/dia)

Fluxos de oxigênio recomendados: 1 – de dia em repouso_____L/min.

2 – ao dormir_____L/min.

3 – aos esforços_____L/min.

Fonte de O_2 utilizada para titulação: _____

4. Dados do médico solicitante

Nome:_____CRM:_____

Telefone para contato: _____

Serviço SUS: _____

Convênio:_____

Observações:_____

Data: / /

Carimbo e assinatura do médico

Estado de São Paulo

PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua D.Pedro II, nº 2175 – Centro ☎(0**17) 3253-9989
Home-page: www.mirassol.sp.gov.br

ANEXO IV – Ficha de Cadastro do Paciente no Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

Secretaria Municipal da Saúde de Mirassol

UBS _____

Ficha de Cadastro do Paciente no Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

1. Identificação do paciente

Nome:_____

Data de Nascimento:_____/_____/_____ Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Cartão SUS n°: _____

Cor ou Raça: ( ) branca ( ) preta ( ) parda ( ) amarela ( ) indígena

Endereço:_____

n°_____complemento_____Bairro _____

CEP_____Telefone para contato_____

2. Identificação do responsável

Nome:_____

CPF:_____RG: _____

Endereço:_____

n°_____complemento_____Bairro _____

CEP_____Telefone para contato_____

3. Condições da residência do paciente

Rede de água: ( ) Pública ( ) Poço ( ) Outro (especificar) _____

Rede Elétrica: ( ) Sim ( ) Não

Se sim:( ) Pública ( ) Vizinho ( ) Outra (especificar) _____

Outras Observações: _____

Data: / /

_____

Nome do responsável pelo preenchimento

Diário Oficial assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2, de 2001 e Lei 14.063, de 2020, garantindo autenticidade, validade jurídica e integridade.

Estado de São Paulo

PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRASSOL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua D.Pedro II, nº 2175 – Centro ☎(0**17) 3253-9989
Home-page: www.mirassol.sp.gov.br

ANEXO V – Autorização para dispensação de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

Secretaria Municipal da Saúde de Mirassol

UBS _____

Autorização para dispensação de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

1. Identificação do paciente

Nome:_____

Data de Nascimento:____ /_____/_____Cartão SUS n°: _____

Endereço:_____

n°_____complemento_____Bairro _____

CEP_____Telefone para contato_____

2. Autorização

( ) Deferida ( ) Deferida em caráter provisório por 90 dias

Tempo de uso diário:_____h/dia (mínimo 15 h/dia)

Fluxos de oxigênio recomendados: 1 – de dia em repouso_____L/min

2 – ao dormir_____L/min

3 – aos esforços_____L/min

Fonte de O_2 autorizada:

( ) Concentrador de oxigênio e acessórios para uso domiciliar c/ fluxos de 5L/m

( ) Cilindro de backup com capacidade de **1m³** e fluxômetro com carga completa sem cobrança para a municipalidade.

3. Indeferida ( )

Motivos:

_____

_____

Carimbo e assinatura do médico autorizador

Diário Oficial assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2, de 2001 e Lei 14.063, de 2020, garantindo autenticidade, validade jurídica e integridade.

Estado de São Paulo

PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRASSOL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua D.Pedro II, nº 2175 – Centro ☎(0**17) 3253-9989

Home-page: www.mirassol.sp.gov.br

ANEXO VI – TERMO DE RESPONSABILIDADE

Secretaria Municipal da Saúde de Mirassol
Almoxarifado da Saúde

Termo de Responsabilidade

1. Paciente

Eu_____, portador do Cartão Nacional de Saúde de n°_____,CPF n° _____, morador (a) _____ _____n°_____complemento_____, Bairro_____, CEP_____, telefone_____,

2. Identificação do Responsável

Nome:_____,CPF nº. _____ ☐ _____ ☐

Endereço:_____

CEP_____Telefone para contato_____

Recebi do Serviço de Referência de Doença Pulmonar Avançada:

( ) Concentrador de oxigênio e acessórios para uso domiciliar c/ fluxos de 5L/m

( ) Cilindro de backup com capacidade de **1m³** e fluxômetro com carga completa sem cobrança para a municipalidade.

Estou ciente de minha inteira responsabilidade na guarda e conservação dos equipamentos fornecidos, no compromisso assumido de apresentar receitas e relatórios médicos nos prazos estabelecidos, bem como comunicar a SMS qualquer situação que interrompa o fornecimento ao paciente.

Em caso de perda ou roubo, deverei elaborar e apresentar o Boletim de Ocorrência Policial referente ao fato.

Obs: Em caso de quebra ou desgaste dos acessorios fica o paciente/responsavel a obrigação de reposição dos mesmos.

Mirassol ,_____de_____de _____

_____

Nome e assinatura do paciente ou de seu responsável

Licitações e Contratos

Aviso de Dispensa Eletrônica - Lei Federal nº 14.133/21

AVISO DE DISPENSA ELETRÔNICA Nº 242/2023

OBJETO: AQUISIÇÃO DE ROÇADEIRA E SOPRADOR PARA O DEPARTAMENTO DE ESPORTES E LAZER.

TIPO: MENOR PREÇO

Valor Global Estimado da Contratação: R$ 4.830,00 (Quatro mil, oitocentos e trinta reais).

Fundamento legal: Art. 75, II da Lei Federal 14.133/2021 e Decreto Municipal nº 6.148/2023.

PERÍODO DE RECEBIMENTO DAS PROPOSTAS:

Do dia **26/12/2023**

até o dia **02/01/2024** às **12:00** horas.

PERÍODO DOS LANCES ELETRÔNICOS:

No dia **02/01/2024** a partir das **12:05** horas com duração de **06** (seis) horas de disputa.

INFORMAÇÕES E DISPONIBILIZAÇÃO DO EDITAL: Diretamente nos sites www.bll.org.br - www.mirassol.sp.gov.br, e na Praça Dr. Anísio José Moreira nº 2290, Centro, Mirassol, CEP nº 15130-065, Estado de São Paulo, Fone: (17) 3243-8160, de 2ª à 6ª feira, das 09:00 às 16:00 horas.

Mirassol/SP, 26 de dezembro de 2023.

José Renato dos Santos Filho
Chefe da Divisão de Compras e Licitação
Departamento de Administração

.....