PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE USUÁRIOS DA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

EU,_____ , RESPONSÁVEL PELO PACIENTE,_____
_____ CI_____CPF_____Endereço_____
_____ TEL:_____
Bairro:_____ Declaro total responsabilidade pela segurança física e bem estar do paciente por tempo integral, e guarda e segurança do equipamento de _____, comprometendo-me as seguintes condições:

a. **O equipamento e seus acessórios são uma concessão em regime de locação para o paciente atendido pelo Programa de Oxigenoterapia Domiciliar do Município e Contagem, não sendo permitida sua comercialização, doação ou empréstimo a terceiros. A Prefeitura de Contagem se reserva no direito de usar de todas as medidas legais cabíveis junto ao familiar responsável por este Termo de Responsabilidade, em caso de dano, extravio ou perda de dos equipamentos ou seus acessórios.**

b. A utilização do equipamento está **exclusivamente reservada ao uso domiciliar dentro do município de Contagem. A substituição do mesmo pode ser realizada pela Prefeitura Municipal de Contagem, sem prévio aviso.** Em caso de mudança de endereço, é obrigatória apresentação de Declaração do Posto de Saúde e comprovante de endereço que comprove residência no município de Contagem

c. **É obrigatório comunicar imediatamente ao Setor de Oxigenoterapia Domiciliar (SOD) qualquer mudança de endereço, telefone ou da pessoa responsável pelo equipamento.**

d. **A interrupção do tratamento** seja qual for o motivo, deverá ser comunicado ao SOD, imediatamente por telefone, ou e-mail **oxigenoterapia.saudecontagem@gmail.com ou ainda pessoalmente durante o horário das 7h às 13 h, em caso de óbito comunicar e entregar a Xerox do atestado de óbito no SOD.**

e. O responsável pelo paciente deve verificar e observar as condições do equipamento e dos acessórios que o acompanham ao recebê-lo no domicilio onde será instalado;

g. É proibida a realização de manutenções e reparos no(s) equipamento(s) por parte do responsável. Caso perceba sinal de funcionamento inadequado ou avarias o responsável deverá comunicar a Central de Atendimento ao paciente **White Martins no telefone: 0800-709-9000** que é responsável por sanar o problema ou substituir o equipamento.

h. Caso o paciente necessite sair de sua residência para outras localidades o equipamento só poderá acompanhá-lo com autorização prévia do setor de oxigênio, que irá analisar o caso, com assinatura do responsável em impresso próprio;

i. A **devolução do equipamento** será realizada, quando solicitado pela Secretaria Municipal de Saúde de Contagem, ou quando interrompido o tratamento, por qualquer que seja o motivo; A família se compromete a viabilizar a entrada da empresa terceirizada no domicílio para entrega dos equipamentos no prazo máximo de 30 dias.

j. **O paciente que usa CONCENTRADOR, CILINDRO, BIPAP, CPAP, TRILOGY se compromete a entregar o relatório médico a cada seis meses**, no setor de oxigênio.

k. **A utilização de oxigênio é considerada medicamentosa, todo oxigênio pega fogo se for exposto a chamas podendo colocar a vida do usuário em risco. É obrigatório ter um acompanhante por tempo integral (24hs/dia) junto ao paciente, sob pena de não aprovação ou suspensão do benefício.**

l. **O uso do CONCENTRADOR dá direito a duas recargas do cilindro de back-up de 1m3.**

Contagem, de de 20__

_____ _____
Assinatura do responsável pelo paciente RG

EMAIL DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL :

SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR –SOD
Av: Guilhermino de Oliveira, 60 – Bairro Novo Eldorado – Contagem / MG – CEP: 32341-290
Telefone: 3392-6294 – e-mail: oxigenoterapia.saudecontagem@gmail.com