

do Site da Justiça Federal: <http://www.jfms.ms.jus.br>;

u) Certidão Estadual Cível expedida pelo Poder Judiciário retirada da Internet diretamente do Site da Justiça Estadual: <http://www.tjms.jus.br>;

v) Certidão Estadual Criminal expedida pelo Poder Judiciário retirada da Internet diretamente do Site da Justiça Estadual: <http://www.tjms.jus.br>;

w) Certidão de Quitação Eleitoral expedida pelo Tribunal Regional Eleitoral retirada da Internet <http://www.tse.jus.br>;

x) Certidão de Nada Consta Criminal Eleitoral expedida pelo Tribunal Regional Eleitoral retirada da Internet <http://www.tse.jus.br>.

4. O ato da contratação será efetivado somente com a comprovação de todos os requisitos e condições legais exigidos no edital de abertura do presente Processo Seletivo, inclusive atestado de aptidão física e mental, declaração de ficha limpa e declaração de que não incorre em acumulação ilícita de cargo público, conforme disposição constitucional.

5. Será considerado desistente do presente Processo Seletivo, perdendo o direito à vaga, o candidato selecionado que:

a) Não se apresentar no prazo estabelecido neste Edital;

b) Não comprovar os requisitos exigidos para assumir a função;

c) Não apresentar a documentação comprobatória necessária para efetivação do processo de contratação.

CAMPO GRANDE-MS, 27 DE SETEMBRO DE 2021.

IGOR BARRETO PEIXOTO
Secretário Municipal de Gestão
em exercício

ANEXO ÚNICO AO EDITAL n. 06/2019-72
CRONOGRAMA PARA APRESENTAÇÃO DO CANDIDATO

Data: 30 de setembro de 2021
Horário: 9 horas
Local: Secretaria Municipal de Assistência Social/SAS
Rua dos Barbosas, 321 – Bairro Amambai – Campo Grande/MS

FUNÇÃO: MOTORISTA

Classif.	Candidato
244	MARCELO HENRIQUE ANDRADE CAMARGO GAZULA
245	JOSÉ EDMUR LUCAS CORREA

	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
--	--------------------------------------

ANEXO ÚNICO AO DECRETO N. 10.499 DE 02 DE JUNHO DE 2008.

Art. 1º. – A Prefeitura Municipal de Campo Grande, considerando o artigo 2º da Lei Federal n. 9.452/97, e, após as liberações dos recursos federais, a qualquer título, notificará os partidos políticos, os sindicatos dos trabalhadores, o conselho municipal de saúde e as entidades empresariais.

NOTIFICAÇÃO

Nº. 68/2021
Órgão: Secretaria Municipal de Saúde – SESAU

Data: 23/09/2021

N.	ORIGEM	NATUREZA	OBJETO	EXECUTOR	VALOR R\$
01	MS/FNS	SUS-Sistema Único de Saúde	FAEC – Tratamento de Doença Macular Comp. 07/2021	SESAU/FMS	3.066,48
02	MS/FNS	SUS-Sistema Único de Saúde	FAEC – Cadeiras de Rodas Comp. 07/2021	SESAU/FMS	150.562,54
03	MS/FNS	SUS-Sistema Único de Saúde	FAEC – Terapias Especializadas em Angiologia Comp. 07/2021	SESAU/FMS	17.594,46
04	MS/FNS	SUS-Sistema Único de Saúde	FAEC – Diagnóstico de Trombofilia em Gestante Comp. 07/2021	SESAU/FMS	250,00
05	MS/FNS	SUS-Sistema Único de Saúde	FAEC – Diagnóstico / Tratamento em Oncologia Comp. 07/2021	SESAU/FMS	41.941,44
06	MS/FNS	SUS-Sistema Único de Saúde	FAEC – Cirurgia Cardíaca Pediátrica Comp. 07/2021	SESAU/FMS	221.948,34
07	MS/FNS	SUS-Sistema Único de Saúde	FAEC – Nefrologia Comp. 08/2021	SESAU/FMS	2.146.903,44
TOTAL					2.582.266,70

Elias Reis de Souza
Coordenador Geral Financeiro

José Mauro Pinto de Castro Filho
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO ÚNICO AO DECRETO N. 10.499 DE 02 DE JUNHO DE 2008.

Art. 1º. – A Prefeitura Municipal de Campo Grande, considerando o artigo 2º da Lei Federal n. 9.452/97, e, após as liberações dos recursos federais, a qualquer título, notificará os partidos políticos, os sindicatos dos trabalhadores, o conselho municipal de saúde e as entidades empresariais.

NOTIFICAÇÃO

Nº. 69/2021
Órgão: Secretaria Municipal de Saúde – SESAU

Data: 24/09/2021

N.	ORIGEM	NATUREZA	OBJETO	EXECUTOR	VALOR R\$
01	MS/FNS	SUS-Sistema Único de Saúde	FAEC – Transplante de órgãos, tecidos e células. Comp. 07/2021	SESAU/FMS	179.215,52
TOTAL					179.215,52

Elias Reis de Souza
Coordenador Geral Financeiro

José Mauro Pinto de Castro Filho
Secretário Municipal de Saúde

RESOLUÇÃO SESAU N. 621, DE 27 DE SETEMBRO DE 2021.

DISPÕE SOBRE O PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA NO ÂMBITO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS

O **SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**, no uso de suas atribuições previstas no Art. 69, VII, da Lei n. 5.793/2017, e

CONSIDERANDO a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Constituição da República Federativa do Brasil, Título VIII da Ordem Social, Capítulo II da Seguridade Social, Seção II da Saúde, art. 196 que define a saúde como "direito de todos e dever do Estado";

CONSIDERANDO a necessidade em implementar um protocolo de oxigenoterapia domiciliar no município de Campo Grande/MS em decorrência do momento vivenciado pela pandemia da Sars-Cov-2 que culminou no aumento significativo da demanda de oxigenoterapia domiciliar;

CONSIDERANDO a necessidade em permitir o acesso à Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada por meio de critérios pré-estabelecidos, com o objetivo de reduzir as internações hospitalares e promover aumento da sobrevida e melhor qualidade de vida;

CONSIDERANDO a intenção em racionalizar os processos administrativos aumentando a eficiência do sistema e integrar equipes de saúde do município com a população beneficiada;

CONSIDERANDO o objetivo de aprimorar os procedimentos na concessão do serviço, bem como ampliação do atendimento;

CONSIDERANDO a necessidade em estabelecer os critérios clínicos para indicação, manutenção e suspensão do cadastro no Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada;

CONSIDERANDO a necessidade em estabelecer parceria com as equipes das Estratégias de Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF);

CONSIDERANDO a necessidade em promover um atendimento de qualidade e equânime aos pacientes oxigenodependentes.

RESOLVE:

Art. 1º Instituir as condições e critérios para inclusão, manutenção e exclusão de usuários no Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (PODP) no âmbito do Município de Campo Grande – MS, através da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) e dá outras providências.

CAPÍTULO I – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) é definida como o fornecimento de oxigênio suplementar mediante cateter nasal ou máscara de oxigênio, de acordo com a especificidade de cada usuário. Frequentemente se aplica aos quadros crônicos, onde há a necessidade de uso prolongado de oxigenoterapia.

Art. 3º O Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (PODP) consiste no fornecimento de oxigênio suplementar aos usuários do Sistema Único de Saúde, residentes e domiciliados no município de Campo Grande – MS. É coordenado pela Gerência de Gestão de Casos Complexos - GGCC, subordinada à Superintendência de Gestão do Cuidado – SGC.

Art. 4º Todos os pacientes com indicação de ODP deverão realizar gasometria arterial em ar ambiente, conforme dispõe o inciso VI do art. 11 desta resolução.

CAPÍTULO II – DA ELEGIBILIDADE

Art. 5º São elegíveis para ODP contínua os pacientes que apresentarem os seguintes parâmetros:

- I. PaO₂ menor ou igual a 55 mmHg ou SpO₂ menor ou igual a 88%, ou;
- II. PaO₂ entre 56 e 59 mmHg ou SpO₂ igual a 89%, associada a:
 - a) Edema por insuficiência cardíaca,
 - b) Evidência de cor pulmonale,
 - c) Hematócrito > 56%.

Art. 6º São elegíveis para oxigenoterapia durante exercício os pacientes que apresentarem os seguintes parâmetros:

- I - SpO₂ menor ou igual a 88% ou PaO₂ menor ou igual a 55 mmHg durante atividade física;
- II - Demonstração do aumento da tolerância ao exercício com oxigênio durante programa de reabilitação pulmonar.

Art. 7º São elegíveis para oxigenoterapia noturna os pacientes que apresentarem os seguintes parâmetros:

- I - SpO₂ menor ou igual a 88% ou PaO₂ menor ou igual a 55 mmHg durante o sono com evidência de *cor pulmonale*, eritrocitose ou, outro distúrbio físico ou mental atribuído à hipoxemia. Ou seja: SpO₂ menor ou igual a 5% com sinais e sintomas de hipoxemia (definidos como embotamento do processo cognitivo, fadiga ou insônia).

II - Quando a hipoxemia relacionada ao sono é corrigida ou melhorada pela suplementação de oxigênio.

III - Diminuição na PaO₂ de mais de 10 mmHg ou maior que 5% na saturação, associada a sinais e sintomas relacionados a hipoxemia noturna, tais como insônia ou sono não reparador, sonolência diurna e piora das funções cognitivas durante a vigília.

Art. 8º São elegíveis para oxigenoterapia os pacientes que apresentarem hipoxemia com os seguintes parâmetros:

- I - SpO₂ < 88% ou PaO₂ < 55 mmHg associada a episódios agudos e recorrentes de bronco espasmo, *cor pulmonale*, ou outra enfermidade cardiopulmonar, em pacientes com frequente desestabilização clínica.

Art. 9º São elegíveis para oxigenoterapia os pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) que apresentarem os seguintes parâmetros:

I – PaO₂ menor ou igual a 55 mmHg ou SpO₂ menor ou igual a 88%, com ou sem hipercapnia; ou PaO₂ entre 55 e 60 mmHg ou SpO₂ igual ou menor a 89%, se houver evidência de hipertensão pulmonar, edema periférico sugerindo insuficiência cardíaca congestiva ou policitemia (hematócrito > 55%).

CAPÍTULO III – DA INCLUSÃO NO PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA (PODP)

Art. 10 Para ser cadastrado no PODP e gozar de seus benefícios, o usuário deverá atender os pré-requisitos abaixo elencados:

- I – Ser residente e domiciliado no município de Campo Grande – MS;
- II – Ser portador de doenças que necessitem de oxigênio suplementar, desde que atenda estritamente ao art. 7º desta resolução;
- III – Apresentar prescrição contendo diagnóstico médico e o Código Internacional de Doenças (CID 10) em formulário específico da SESAU (anexo I), bem como fluxo de oxigênio em litros/minuto e tempo médio de horas de uso/dia;
- IV – Apresentar os seguintes exames: imagem de tórax (facultativo), ecocardiograma (facultativo), gasometria arterial (obrigatório), oximetria de pulso (facultativo – observar art. 19º), hematócrito (obrigatório).

Art. 11 O cadastro no PODP está condicionado à apresentação das cópias legíveis dos seguintes documentos:

- I - Cartão nacional de saúde (CNS);
- II - Comprovante de residência atualizado (conta de água ou de luz) do usuário e do responsável;
- III - RG (ou outro documento oficial com foto) e CPF do usuário e do responsável;
- IV - Certidão de nascimento (quando não possuir RG);
- V - Prescrição médica com indicação de ODP, emitida por pneumologista, cardiologista ou oncologista vinculado, preferencialmente, ao SUS. A prescrição deverá conter ainda: CID, descrição do quadro clínico do usuário, dados do paciente conforme solicitado no próprio formulário;
- VI – Gasometria arterial em ar ambiente (30 minutos. Caso o usuário não suporte 30 minutos em ar ambiente, o exame deverá ser realizado no maior tempo que o paciente conseguir ficar sem o oxigênio suplementar. Este tempo deverá ser discriminado no laudo) e hemograma.
- § 1º Nos casos em que o comprovante de residência não estiver no nome do beneficiário do programa, deverá ser realizada uma declaração de residência (anexo II), a qual deverá ser assinada pelo titular da conta ou por um dos profissionais de saúde da unidade de atenção primária em saúde de referência do paciente, assumindo a responsabilidade pela declaração.
- § 2º Nos casos em que o beneficiário for menor de idade, o comprovante de residência deverá estar em nome do seu responsável. Quando não for possível, deverá ser seguido o trâmite do § 1º do art. 11º desta resolução.
- § 3º Não será aceita oximetria de pulso para **INICIAR** o fornecimento de oxigênio por meio do PODP.

CAPITULO IV – DO FLUXO DE ATENDIMENTO

Art. 12 O usuário ou responsável deverá apresentar os documentos exigidos no art. 11 à Gerência de Gestão de Casos Complexos (GGCC), que por sua vez fará a conferência e posterior avaliação dos mesmos a fim de autorizar a inclusão do usuário no PODP.

Art. 13 A avaliação documental de que trata o artigo anterior deverá ser realizada no prazo máximo de 48h (quarenta e oito horas).

Art. 14 Se constatada a elegibilidade para inclusão no Programa, a GGCC deverá enviar uma ordem de serviço à empresa responsável pelo atendimento, juntamente com o formulário de cadastro do usuário.

Art. 15 A empresa responsável pelo fornecimento da oxigenoterapia domiciliar terá o prazo máximo de 48h (quarenta e oito horas) para instalação dos aparelhos, após emissão da ordem de serviço, conforme cláusulas contratuais.

Art. 16 Antes e após a implantação do sistema de ODP, o(a) assistente social e o(a) enfermeiro(a) lotadas na GGCC realizarão visitas domiciliares para orientações gerais pertinentes às suas áreas técnicas.

CAPÍTULO V – DA MANUTENÇÃO NO PODP

Art. 17 Todo usuário cadastrado no PODP deverá ser submetido à avaliação de um médico pneumologista conveniado, preferencialmente ao SUS, a cada 6 (seis) meses, no máximo, contados a partir da data de sua inclusão.

Art. 18 A avaliação de que trata o art. 17 deverá gerar um novo laudo, que por sua vez será entregue diretamente na GGCC, acompanhada de nova gasometria arterial coletada em ar ambiente.

Art. 19 A gasometria arterial será dispensada para manutenção no PODP, quando se tratar de crianças (até 12 anos 11 meses e 29 dias), adolescentes com idade igual ou inferior a 16 anos e, pacientes acamados (adultos e idosos). Para tanto, a oximetria de pulso em ar ambiente deverá evidenciar SpO₂ menor ou igual a 92% para as crianças e adolescentes e 90% para os pacientes adultos e idosos acamados.

Art. 20 A gasometria arterial deverá ser realizada previamente à consulta com o médico pneumologista e deverá ser agendada diretamente com a GGCC que encaminhará o usuário à unidade de referência.

Art. 21 O laudo citado no art. 18 deverá ser emitido por médico pneumologista. Não serão aceitos laudos de qualquer outra especialidade para manutenção no PODP.

CAPÍTULO VI – DA EXCLUSÃO

Art. 22 São passíveis de exclusão, após devida apuração testemunhal e documental, os seguintes casos:

- I – Usuários que não possuam um cuidador para dispensar os cuidados mínimos necessários;
- II – Não uso ou uso inadequado dos equipamentos;
- III – Não adesão ao tratamento conforme a prescrição médica;
- IV – Usuários que mantenham o hábito de fumar, mesmo em uso de oxigênio suplementar;
- V – Laudo médico excluindo a necessidade de ODP;
- VI – Não renovação do laudo médico a cada seis meses, conforme prevê o capítulo V desta Resolução;
- VII – Mudança do município de Campo Grande - MS;
- VIII – Manifestação formal do usuário em ser deligado do Programa (quando este for juridicamente capaz);
- IX – Óbito.

Art. 23 Os critérios de exclusão são independentes entre si, desta forma, qualquer um deles culmina na exclusão do usuário do PODP.

Art. 24 Todo caso passível de exclusão será individualmente avaliado pela GGCC, a qual será responsável pelo parecer final.

CAPÍTULO VII – DOS DEVERES E RESPONSABILIDADES

Art. 25 São deveres da Secretaria Municipal de Saúde:

- I - Definir diretrizes para a ODP;
- II - Disponibilizar recursos financeiros para a ODP;
- III - Licitar e contratar empresa prestadora de serviço;
- IV - Planejar, coordenar e acompanhar em conjunto com as Coordenadorias de Saúde, as ações a serem realizadas;
- V - Implementar e capacitar as Equipes de Atenção Básica e Hospitais Prescritores;
- VI - Integrar os serviços ambulatoriais e hospitalares da rede;
- VII - Garantir consulta especializada e eletiva de forma prioritária para o serviço de pneumologista;
- VIII - Avaliar a qualidade do serviço da empresa prestadora a cada 3 meses.

Art. 26 São deveres da empresa prestadora do serviço de oxigenoterapia domiciliar:

- I – Instalar os equipamentos conforme as condições da residência de cada paciente, permitindo o pleno funcionamento destes, se assim o local de instalação permitir, acompanhado de todos os acessórios (regulador de pressão com fluxômetro, umidificador, cateter nasal tipo óculos e/ou máscara de oxigênio, extensão e adaptadores de traqueostomia);
- II - Na hipótese de o domicílio não atender aos requisitos básicos exigidos para a instalação dos equipamentos, a empresa responsável deverá emitir um relatório permitindo os motivos da impossibilidade da instalação;
- III – Fornecer aos usuários e/ou familiares, uma cartilha explicativa que oriente o manejo correto dos equipamentos e orientações sobre quaisquer intercorrências que possam ocorrer durante a utilização dos concentradores e cilindros;
- IV – Realizar manutenção dos equipamentos de oxigenoterapia mediante substituição imediata dos mesmos;
- V - Disponibilizar serviço de registro e acompanhamento de chamados técnicos, que será informado ao usuário no momento da entrega do equipamento;
- VI – Apresentar resolutividade dos chamados técnicos em até 08 (oito) horas, independente do dia da semana, pois deverão funcionar nos 07 (sete) dias da semana, inclusive aos finais de semana, feriados e pontos facultativos;
- VII – Substituir, caso necessário, os equipamentos e/ou acessórios no prazo máximo de 48h (quarenta e oito horas);
- VIII – Atender os chamados técnicos de manutenção corretiva em, no máximo 8 (oito) horas a contar do horário de registro do chamado pelo contratante, funcionando 24 (vinte e quatro) horas por dia, ininterruptamente;
- IX – Disponibilizar à Gerência de Gestão de Casos Complexos, uma cópia do cronograma da manutenção preventiva, bem como, cópia do documento que comprove as manutenções realizadas;
- X - Levantar, imediatamente, ao conhecimento da GGCC, qualquer fato que configure não uso ou uso inadequado dos equipamentos de oxigenoterapia domiciliar;
- XI – Cumprir as demais cláusulas firmadas mediante contrato.

Art. 27 São deveres da GGCC:

- I – Informar os Distritos Sanitários sobre inclusão ou exclusão de usuários do PODP, quando este fato for apresentado primeiramente à GGCC;
- II – Realizar visita domiciliar antes e após a instalação do sistema de ODP para orientações pertinentes à sua área de atuação, bem como confeccionar relatório a cada visita;
- III – Monitorar as inclusões, manutenções e exclusões de usuários no PODP;
- IV – Realizar análise de documentação e emitir parecer no que tange à inclusão, manutenção e exclusão de usuários do PODP;
- V – Apresentar ao usuário/responsável/cuidador o conteúdo desta Resolução.

Art. 28 São deveres da Atenção Primária em Saúde (APS):

- I – Acolher os usuários e orientar quanto ao Protocolo de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada;
- II – Realizar visitas domiciliares mensais pela equipe multidisciplinar da Unidade de Saúde da Família de referência e enviar relatório à GGCC por meio dos distritos sanitários;
- III – Encaminhar paciente via Sistema de Regulação (SISREG) para avaliação especializada sempre que houver necessidade e semestralmente para atualização do laudo médico;
- IV - Levantar, imediatamente, ao conhecimento da GGCC, qualquer fato que configure não uso ou uso inadequado da oxigenoterapia domiciliar.

Art. 29 São deveres/responsabilidades dos usuários/cuidadores/responsáveis:

- I – Conhecer e fazer cumprir o disposto nesta Resolução;
- II - Utilizar-se com zelo e cuidado dos equipamentos e acessórios de ODP, responsabilizando-se pelo seu não uso ou uso inadequado;
- III – Apresentar à GGCC documentação pertinente para inclusão, manutenção e exclusão do PODP;
- IV – Concordar e assinar o Termo de Responsabilidade para a ODP – anexo III;
- V – Manter a higiene da casa, dos equipamentos e dos insumos utilizados na ODP;
- VI – Fazer uso da ODP conforme prescrição médica;
- VII – Comunicar à GGCC os casos de mudança de endereço ou município, internação hospitalar; viagens, óbito, suspensão do serviço de ODP por qualquer motivo;
- VIII – Abrir chamado técnico sempre que os equipamentos apresentarem problemas;
- IX – Permitir o acesso da empresa ao domicílio para manutenções, treinamentos, carga e descarga;
- X – Responsabilizar-se pelo correto acondicionamento dos insumos e equipamentos inerentes à ODP.

Art. 30 É vedado ao usuário transportar cilindros de oxigênio em veículo impróprio para esta finalidade, conforme Resolução ANTT nº 3665/2011.

Art. 31 É vedado ao usuário o deslocamento de cilindros e concentradores de oxigênio para fora do Município de Campo Grande - MS.

Art. 32 Nos casos em que o usuário necessitar de cilindro para transporte, a solicitação do mesmo deverá ser feita à GGCC com antecedência mínima de 72 (setenta e duas) horas.

Art. 33 Será disponibilizado cilindro para transporte apenas nos casos eletivos, sendo eles: consultas de saúde, procedimentos e tratamentos de saúde, realização de exames.

Art. 34 Para comprovação de utilização de equipamento de saúde para fins de Tarifa Social de Energia Elétrica, servirão de comprovante expedidos pela Secretaria Municipal de Saúde cópias do anexo I e III desta Resolução, devidamente assinadas,

sendo a responsabilidade pela solicitação o próprio requerente perante a concessionária de energia elétrica, segundo as regras próprias.

Art. 35 Esta Resolução entra e vigor na data da sua publicação.

CAMPO GRANDE-MS, 27 DE SETEMBRO DE 2021.

JOSÉ MAURO PINTO DE CASTRO FILHO
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO I
SOLICITAÇÃO DE ODP

NOME: _____ RG: _____
IDADE: _____ DATA NASC: ____/____/____ SEXO: M () F ()
ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____
TELEFONE: _____ COD SUS _____
CNS _____

DADOS CLÍNICOS:

PACIENTE HOSPITALIZADO: SIM () NÃO () HOSPITAL: _____

DIAGN. PRIMÁRIO: CID 10: _____ DIAG. SECUNDÁRIO: _____

INSUFICIÊNCIA CARDÍCA: SIM () NÃO () COR PULMONALE: : SIM () NÃO ()
TABAGISTA () EX-TABAGISTA () NUNCA FUMOU ()
PARTICIPA OU PARTICIPOU DE GRUPOS DE APOIO PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO? SIM () NÃO ()
MEDICAÇÕES EM USO:
() BETA 2 INALANDO DE CURTA () BETA 2 INALADO DE LONGA
() BROM. DE PRATRÓPIO () CORT. INALADO
() CORT. VO DE MANUTENÇÃO () XANTINA
() TIOTRÓPIO ()
ROFLUMILAST
() OUTRAS: _____

SpO2 DE REPOUSO: _____ SpO2 DE ESFORÇO: _____ SpO2

NOTURNA: _____
NUTRIÇÃO: VO () SONDA NASOENTERAL ()
GASTROSTOMIA ()
ESTOMAS: TRAQUEOSTOMIA () COLOSTOMIA ()
CISTOSTOMIA ()
FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA () RAEBILITAÇÃO
PULMONAR ()
SUPORTE VENTILATÓRIO: CPAP () BIPAP () OUTROS () QUAL? _____

EXAMES COMPLEMENTARES INDISPENSÁVEIS: (ANEXAR COPIA DOS EXAMES REALIZADOS)

GASOMETRIA ARTERIAL EM AR AMBIENTE (PRETERENCIALMENTE ATÉ 15 DIAS) COM O PACIENTE EM REPOUSO, SEM USAR O2:
DATA: ____/____/____ PH: _____ PaO2: _____ PaCO2: _____ HCO3: _____
BE: _____ SaO2: _____
HEMOGRAMA: (colhido na mesma data ou em data próxima a da gasometria) DATA: ____/____/____
HB: _____ HT: _____ PLAQUETAS: _____

EXAMES COMPLEMENTARES ADICIONAIS:

ESPIROMETRIA (PÓS BD) CVF: _____ L (____%) VEF1 _____ L (____%) VEF1/CVF _____ DATA: ____/____/____
ECOCARDIOGRAMA INICIAL: _____

PMAP ESTIMADA: _____
DATA: ____/____/____
RX DE TÓRAX: _____
DATA: ____/____/____

PRESCRIÇÃO DE OXIGENOTERAPIA:

VIA DE ADMINISTRAÇÃO:

() CATETER OU CÂNULA NASAL () MÁSCARA DE VETURI /
MÁSCARA NÃO REINALANTE
() TRAQUEO + VENTILAÇÃO MECÂNICA + O2 () TRAQUEO +
MÁSCARA TRAQUEAL
() BPAP OU CPAP + O2

FLUXO DE O2:

CILINDRO / CONCENTRADOR DE O2
FLUXO DE O2: _____ L/MIN (DIA)
_____ L/MIN (NOITE)
_____ L/MIN (ESFORÇO)

TEMPO MÉDIO DE USO INCLUINDO O SONO:

() 18 a 24 h/dia () 12 a 18 h/dia () 6 a 12 h/dia () 0 a 6 h/dia

JUSTIFICATIVA DO USO INTERMITENTE DO O2: _____
SpO2 COM FLUXO DE O2 PRESCRITO: _____% (____ L/min)

INDICAÇÃO:

DURANTE ESFORÇO FÍSICO () INTERMITENTE () _____ h/dia _____ x/dia

DATA PREVISTA DA ALTA HOSPITALAR SE ESTIVER INTERNADO (A): ____/____/____
DATA RETORNO MÉDICO: ____/____/____ LOCAL: _____

DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE:

NOME: _____
HOSPITAL () CONSULTÓRIO PARTICULAR () AMBULATÓRIO SUS ()
NOME DA INSTITUIÇÃO: _____ FONES: (inclusive celular) _____
CIDADE: _____
ESPECIALIDADE () PNEUMOLOGIA () OUTRO QUAL? _____

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO
E CARIMBO COM CRM

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____
_____, residente à _____, Cidade _____
_____, UF _____ CEP: _____ -
_____, CPF nº _____ RG nº _____ Órgão
Exped. _____, declaro, a pedido do (a) interessado (a) e para
fins de provas junto à Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande -
MS, que o (a) Sr. (a) _____,
CPF nº _____ RG nº _____ Órgão Exped. _____,
reside no endereço: _____
_____.

Por ser verdade, dato e assino o presente documento, declarando estar ciente de que responderei em caso de falsidade das informações aqui prestadas.

_____, ____/____/____.
Local Data
Assinatura do Declarante

ANEXO III

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE EQUIPAMENTOS EM COMODATO

De um lado _____,
portador(a) da Carteira de Identidade RG nº _____, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº _____ residente à _____,
em Campo Grande/MS, doravante denominado/a COMODATÁRIO, e de outro lado a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, CNPJ 11.228.564/0001-00, com sede na Rua Bahia, 280, Bairro Centro, na cidade de Campo Grande/MS, que ora passa a ser denominado de COMODATANTE, firmam este comodato que se regerá pelos artigos 579 e ss. do Novo Código Civil Brasileiro e de acordo com as seguintes condições que desde já, reciprocamente, outorgam e aceitam:
1. O COMODANTE cede em comodato ao COMODATÁRIO o(s) equipamento(s) abaixo descrito(s):

- O COMODATÁRIO declara estar de pleno uso dos equipamentos que lhe foram cedidos em comodato, figurando como fiel depositário dos mesmos.
- O comodato vigorará pelo prazo de um mês, sendo renovado automaticamente e indefinidamente por igual período, salvo quando da notificação por escrito do contrário de uma das partes à outra.
- O COMODATANTE, por meio de empresa contratada administrativamente mediante licitação se obriga a:
 - Instalar e configurar os equipamentos em local previamente autorizado pelo COMODATÁRIO.
 - Prestar a devida assistência técnica aos equipamentos.
- O COMODATÁRIO se obriga a:
 - Não alterar a instalação e/ou configuração dos equipamentos objeto do presente comodato.
 - Conservar os equipamentos, devolvendo-os da mesma forma que os recebeu.
- Se o COMODATÁRIO não devolver os equipamentos em, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas após o término do comodato, ficará caracterizado esbulho, sujeitando-o a ação de reintegração de posse, com medida liminar e ao pagamento das perdas e danos, despesas e prejuízos do COMODANTE.
- Caso o COMODATÁRIO se desprenda dos equipamentos enquanto perdurar o comodato ou ainda, enquanto permanece na sua posse, como por exemplo, a perda, extravio, furto, roubo, ou qualquer outra forma de perecimento do mesmo, este pagará ao COMODANTE o valor de mercado do referido bem à época do ocorrido.
- As partes se obrigam, por si, seus herdeiros e sucessores a cumprir integralmente o ora pactuado.

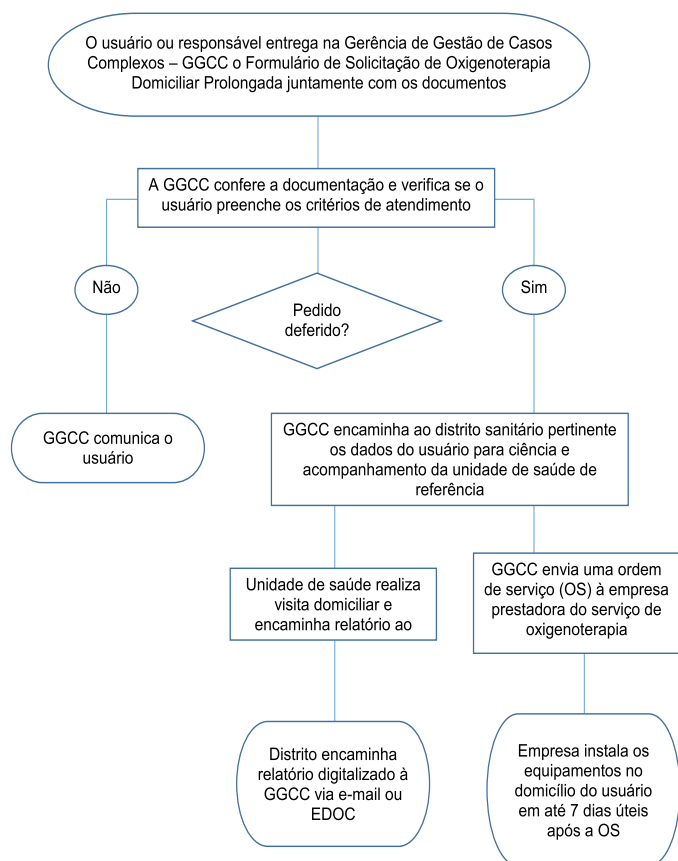
Campo Grande/MS, de de 20.....

COMODATÁRIO _____

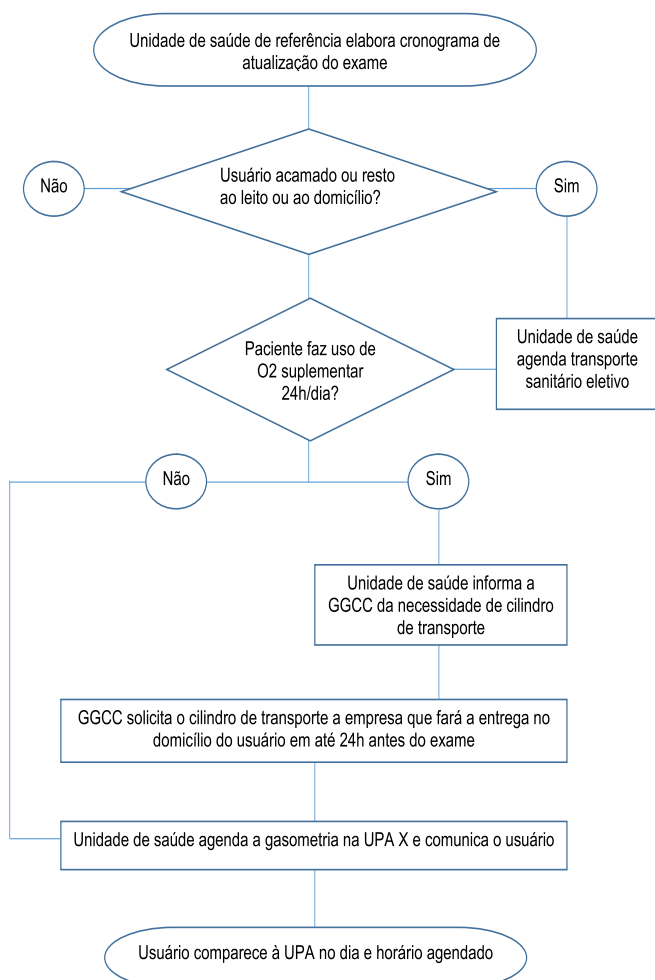
COMODATANTE _____

TESTEMUNHA _____

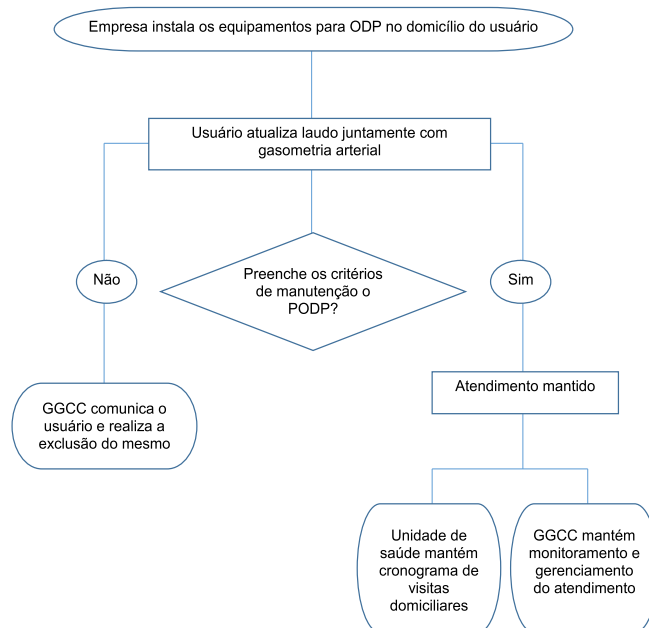
ANEXO IV
FLUXOGRAMA DE SOLICITAÇÃO DE ODP



ANEXO V
FLUXOGRAMA DE REALIZAÇÃO DE GASOMETRIA ARTERIAL



ANEXO VI
FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO ODP



SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA E TURISMO

APOSTILA DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE CULTURA E TURISMO

Na Resolução "PE" SECTUR n. 52, de 05 de Julho de 2021, publicada no DIOGRANDE n. 6.343, de 07 de Julho de 2021, que designou os servidores da Secretaria Municipal de Cultura e Turismo e representante da Sociedade Civil para, sob a presidência do primeiro, comporem a Comissão Julgadora afim de avaliar as propostas inscritas no concurso Prêmio Ipê de Audiovisual, foi feita a seguinte apostila, a contar de 24 de Agosto de 2021:

Onde Constatou: "...Resolução Normativa SECTUR nº 22, de 16 de Junho de 2021".

Passe a Constar: "...Resolução Normativa SECTUR nº 35, de 24 de Agosto de 2021".

Campo Grande – MS, 21 de Setembro de 2021.

Max Antônio Freitas da Cruz
Secretário Municipal de Cultura e Turismo

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

AGÊNCIA MUNICIPAL DE HABITAÇÃO E ASSUNTOS FUNDIÁRIOS

EDITAL INFORMATIVO 02/SORTEIO PARQUE IGUATEMI

A Presidente da Agência Municipal de Habitação e Assuntos Fundiários – AMHASF, no uso de suas atribuições informa que o candidato sorteado como titular, conforme **edital nº 11/2021, de 30 de agosto de 2021**, para o **Loteamento PARQUE IGUATEMI**, foi desclassificado por não atender as condições estabelecidas no EDITAL DE CONVOCAÇÃO AMHASF N. 03.

LISTA SORTEADOS HABILITAÇÃO MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

Classificação	Nº Sorteado	Candidato	CPF	MOTIVO
1º	55	M.R.R.V.	052.***.***-**	NÃO COMPROVOU ENQUADRAMENTO NA RESERVA LEGAL

CAMPO GRANDE-MS, 27 DE SETEMBRO DE 2021.

MARIA HELENA BUGHI
Diretora-Presidente

EDITAL INFORMATIVO 03/SORTEIO PARQUE IGUATEMI

A Presidente da Agência Municipal de Habitação e Assuntos Fundiários – AMHASF, no uso de suas atribuições, convoca os candidatos sorteados para o Loteamento **PARQUE IGUATEMI** conforme **Edital n. 11/2021**, de 30 de agosto de 2021, a comparecer na AMHASF/Diretoria de Desenvolvimento Social e Contratos, entre os dias **28/09/2021 e 05/10/2021** para retirar a lista de documentos necessários para implantação de contrato. O não comparecimento, resultará na desclassificação e substituição do candidato através de convocação dos suplentes.