

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, gestor municipal de saúde _____, nomeado secretário de Saúde e/ou Técnico responsável pelo o sistema de regulação, e CPF nº _____ com expediente no(a) Secretaria da Saúde do Município _____, por meio deste instrumento declaro me responsabilizar pelo acompanhamento dos registros que são inseridos no banco de dados do sistema FASTMEDIC; Sistema de Autorização de Procedimento Hospitalar (AIH), anualmente.

Considerando que o **FASTMEDIC** - Sistema de Gestão de Saúde Pública está vigente desde 01/03/2020. Sendo de conhecimento dos gestores municipais, que atualmente toda faixa anual de Autorização de Procedimento Hospitalar (AIH) está inserida no sistema **FASTMEDIC**, não havendo mais necessidade de solicitar ao estado de forma administrativa.

Comprometo-me a assumir todas as obrigações e responsabilidades relacionadas à Autorização de Procedimento Hospitalar (AIH), em tempo hábil nas bases de dados do sistema **FASTMEDIC**.

Declaro estar ciente do compromisso que as (AIH) do ano de 2021, vão ser geradas SOMENTE pelo **FASTMEDIC**, só podendo solicitar os dados de forma administrativa em situações emergenciais, através de ofício com justificativa técnica assinado pelo gestor municipal para email: (cegrs.corac@gmail.com). O modelo para solicitação de (AIH) encontra-se no site: <http://controleavaliacao.saude.ce.gov.br> em manuais/planilhas. Após o envio será avaliada pela equipe técnica da Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle CORAC/SESA.

Secretaria da Saúde, em _____, aos ____ de _____ de 2021.

Secretário de Saúde