



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL Poder Legislativo do Balneário Pinhal

INDICAÇÃO Nº 145/2025

Vereadores: HANS LEAL TASSONI – PL

Exmo. Senhor Presidente:

O vereador signatário, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 6º, § 1º, do Regimento Interno do Poder Legislativo de Balneário Pinhal, INDICA ao Chefe do Poder Executivo Municipal, a criação do PROGRAMA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR.

Justificativa

O PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR proposto quer oferecer tratamento em domicílio em situações clínicas específicas. O programa proposto reduz o tempo de internação hospitalar, diminui as chances de complicações clínicas e libera leitos hospitalares, sendo de grande utilidade pública.

Os gastos com o programa também reduzem o custo do município, pois o tratamento é em domicílio e contará com o apoio do Estado do Rio Grande do Sul, através da Secretaria de Saúde. Em anexo, encaminho documentos padronizados da Secretaria Estadual de Saúde.

Considerando o exposto, submeto à apreciação dos senhores Vereadores aguardando o apoio e a aprovação de todos.

Balneário Pinhal, 02 de julho de 2025.



Hans Leal Tassoni

Vereador PL

Câmara de Vereadores de Balneário Pinhal
Av. Itália, n 2465 - Centro - CEP 95.599-000
Fone/Fax: 51 3682.2600 - Balneário Pinhal/RS
E-mail: camarabalpinhal@yahoo.com.br
Site: <https://balneariopinhal.rs.leg.br/>

Recebi em 03/07/25
Secretaria CM
Balneário Pinhal RS
JG 15:18



Nº da Autorização de Instalação:

DCHE / SES-RS

DOCUMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA PULMONAR

- INDICAÇÕES: 1- $\text{paO}_2 \leq 55 \text{ mmHg}$ e/ou $\text{sat O}_2 < 88\%$
2- paO_2 entre 56 e 59 mmHg na presença de eritroblastose.
insuficiência cardíaca congestiva ou cor pulmonale

O PACIENTE NÃO PODE ESTAR FUMANDO, SOB RISCO DE EXPLOSÃO.

1 - DADOS DA ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO:

CRM: _____ CRS: _____
Hospital: _____ Data: _____

2 - DADOS DO PACIENTE:

Nome: _____ CPF: _____
Nº: _____ Cidade: _____ Data de Nascimento: _____
Nome: _____ Cidade: _____ RG: _____
Nome do Responsável: _____ RG: _____ Telefone: _____
Obs.: É obrigatório anexar cópia de comprovação de endereço,
Cartão SUS, RG e CPF

3 - DADOS SOBRE A DOENÇA:

Diagnóstico CID: _____ Doença: _____

É obrigatório anexar laudo emitido por médico pneumologista com diagnóstico, CID
e prescrição da forma e fluxo de oxigênio.

Fluxo: _____ l/min

- 4 - EXAMES COMPLEMENTARES - É obrigatório anexar cópia dos seguintes exames:
- Gasometria arterial em repouso, isolada em ar ambiente, sem uso de O_2
- Rx e/ou tomografia de tórax
- Hemograma
- Eletrocardiograma e/ou ecocardiograma, feitos por cardiologista

5 - DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE DO PACIENTE:

Nome: _____ CRM: _____ Especialidade: _____
Telefone: _____ E-mail: _____

Recebi em 03/07/18
Secretaria CM
Balneário Pinhal RS
(Assinatura) 15/18