



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
15:18



Nº da Autorização de Instalação: _____

DCHE / SES-RS

DOCUMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

- INDICAÇÕES:** 1- $paO_2 \leq 55 \text{ mmHg}$ e/ou $sat O_2 < 88\%$
2- paO_2 entre 56 e 59 mmHg na presença de eritrocitose,
insuficiência cardíaca congestiva ou dor pulmonar

O PACIENTE NÃO PODE ESTAR FUMANDO, SOB RISCO DE EXPLOÇÃO

1- DADOS DA ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO:

Origem: _____ CRS: _____
Remetido por: _____ Data: ____/____/____

2- DADOS DO PACIENTE:

Nome: _____ CPF: _____
Nome SOB: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Telefone: _____ Celular: (____) _____
Estado: _____ Grau de Parentesco: _____
Nome do Responsável: _____ RG: _____ Telefone: (____) _____
CPF: _____
Obs.: É obrigatório anexar cópia de comprovante 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 (quando aplicável):
- 1- Gasometria arterial em repouso, coletada em ar ambiente, sem uso de O_2
 - 2- Rx e ou tomografia de tórax
 - 3- Hemograma
 - 4- Eletrocardiograma e/ou ecocardiograma, laudados por cardiologista

5- DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE DO PACIENTE:

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

Recebi em 03/07/2018
Secretaria CM
Balneário Pinhal RS
15:18