

### Declaração Médica para fornecimento de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

Declaro, para os devidos fins de concessão de Auxílio para Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada, que o(a) Sr(a). \_\_\_\_\_, inscrito no CAPESAÚDE sob a matrícula / nº dependente \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, é portador de insuficiência respiratória crônica, devido (CID 10 = \_\_\_\_\_ ou diagnóstico(s) \_\_\_\_\_) necessitando do uso prolongado de oxigênio por pelo menos 12 horas/dia. Os critérios abaixo assinalados foram constatados no paciente em questão:

( ) PaO2 menor ou igual a 55 mmHg em repouso;

( ) PaO2 entre 56 e 59 mmHg, associadas a sinais de cor pulmonale e/ou policitemia (hematócrito igual ou superior a 55 %) ligadas à hipoxemia;

( ) Outra(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Local Data

\_\_\_\_\_  
CARIMBO / ASSINATURA / CPF DO MÉDICO

*Prezado Doutor,*

*Pedimos a gentileza de informar e/ou anexar os resultados de exames já realizadas, principalmente Gasometria Arterial, Hematócrito, ECG e Ecocardiograma. Esclarecemos que as informações constantes da presente declaração possuem caráter confidencial, devendo ser entregue, em envelope lacrado, anexo ao restante da documentação, aos cuidados da Assessoria Médica do CAPESAÚDE.*