

**RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO
DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA**

Entregar a **CÓPIA** dos seguintes documentos na sede da Secretaria Municipal de Saúde - Rua Gerson França 7-49, de segunda a sexta das 8:00 às 11:30 horas e de 13:30 às 16:00 horas

Paciente **CÓPIA dos seguintes documentos:**

- CPF;
- RG (não pode ser CNH);
- Cartão SUS;
- Comprovante de residência no nome do paciente;
- Prescrição Médica (**Original**);
- Exames Laboratoriais:
 - Gasometria **arterial** em ar ambiente;
 - Hemograma.
- Cel.: _____

RESPONSÁVEL **CÓPIA dos seguintes documentos:**

- CPF;
- RG (não pode ser CNH)
- Cartão SUS;
- Comprovante de residência no nome do responsável.
- Cel.: _____

TESTEMUNHA **CÓPIA dos seguintes documentos:**

- CPF;
- RG;
- Cartão SUS;
- Comprovante de residência no nome da testemunha. (**Diferente do Paciente e Responsável**)
- Cel.: _____

INFORMAMOS QUE PARA DAR INÍCIO NO PROCESSO, SERÁ NECESSÁRIA A APRESENTAÇÃO DAS CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS SOLICITADOS.

Para uso do PODP ↓

Data: ___/___/___ - Horário _____ Data: ___/___/___ - Horário _____

Data: ___/___/___ - Horário _____ Data: ___/___/___ - Horário _____

Unidade Solicitante: _____