



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
Coordenação do Programa de Asma
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA
Unidade de Pneumologia e Tisiologia

DECLARAÇÃO

Nome :

G/ SES:

Declaramos que paciente acima citado faz acompanhamento em nosso ambulatório para tratamento Pulmonar Crônico.

) DPOC

) FIBROSE PULMONAR

) PNEUMOCONIOSE

) DISPLASIA BRONCOPULMONAR

) ASMA GRAVE (GINA 5, IGES/HBDF EM USO DE OXIGÊNIO)

) HIPERTENSÃO PULMONAR

) _____

CID _____

Carimbar e assinar

Gama DF/___/___/___