

# Declaração de uso de equipamentos elétricos essenciais à sobrevivência humana

Código do cliente:

|                             |     |                    |
|-----------------------------|-----|--------------------|
| Titular da Conta de Energia | CPF | Data de nascimento |
| Representante Legal         | CPF | Data de nascimento |
| Paciente                    | CPF | Data de nascimento |

|                     |
|---------------------|
| Endereço da Unidade |
| Telefone            |

**Continuidade** Estou ciente que devo apresentar à Neoenergia Coelba novo relatório e atestado médico para continuidade dos benefícios.

**Descontinuidade** Estou ciente de que os benefícios serão suspensos a partir do próximo faturamento.

Alta médica  Óbito  Outro: \_\_\_\_\_

|      |            |
|------|------------|
| Data | Assinatura |
|------|------------|

## Formulário de Visita Internação Domiciliar

Origem do equipamento (alugado/próprio, empresa fornecedora):

|  |  |   |   |  |
|--|--|---|---|--|
| <input type="radio"/> <b>Concentrador de Oxigênio</b><br> | <input type="radio"/> <b>Oxímetro de Pulso</b><br>                | <input type="radio"/> <b>Home Care</b><br>           | <input type="radio"/> <b>Balão de Oxigênio</b><br> | <input type="radio"/> <b>BIPAP</b><br>            |
| <input type="radio"/> <b>Aspirador de Secreção</b><br>    | <input type="radio"/> <b>Cicladora para Diálise Peritonal</b><br> | <input type="radio"/> <b>Ventilador Mecânico</b><br> | <input type="radio"/> <b>Bomba de Infusão</b><br>   | <input type="radio"/> <b>Colchão Elétrico</b><br> |
| <input type="radio"/> <b>Nebulizador/Inalador</b><br>      | <input type="radio"/> <b>CPAP</b><br>                             | <input type="radio"/> <b>Geladeira</b><br>           | <input type="radio"/> <b>Ar-condicionado</b><br>    | <input type="radio"/> <b>Outro</b><br>_____<br>_____<br>_____  |

|      |            |
|------|------------|
| Data | Assinatura |
|------|------------|