

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

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