

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 Pernambuco 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 <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Data	Assinatura
------	------------