

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

<input type="radio"/> Continuidade	Estou ciente que devo apresentar à Neoenergia Elektro novo relatório e atestado médico para continuidade dos benefícios.	<input type="radio"/> Descontinuidade	Estou ciente de que os benefícios serão suspensos a partir do próximo faturamento.
			<input type="radio"/> Alta médica <input type="radio"/> Óbito <input type="radio"/> 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
------	------------