

DECLARAÇÃO DE USO DE EQUIPAMENTOS ELÉTRICOS ESSENCIAIS À SOBREVIVÊNCIA HUMANA

CONTA CONTRATO



Titular da Conta Contrato	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 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
------	------------