

Relatório Médico

(Para uso exclusivo do médico)

Pelo presente, eu, Dr(a) _____,
CRM _____ nº _____ atesto que o paciente
Sr(a) _____,
nº _____ do NIS/CFAM _____, residente no endereço _____,

possui diagnóstico compatível com o CID nº _____ e faz uso, a contar desta data, do(s) equipamento(s) médico(s) dependente(s) de energia elétrica abaixo relacionado(s), destinados(s) à preservação da vida humana.

Relação de Equipamentos	Período de uso continuado (dias)	Horas utilizadas por mês
☐ 1. Monitores de parâmetros vitais		
☐ 2. Equipamentos para diálise (DPA e DPAC)*		
☐ 3. Equipamento para ventilação mecânica		
☐ 4. Aparelho de quimioterapia		
☐ 5. Pressão positiva contínua: CPAP		
☐ 6. Pressão aérea positiva em dois tempos: BIPAP		
☐ 7. Ventiladores mecânicos: Pulmão artificial**		
☐ 8. Concentradores de oxigênio		
☐ 9. Oxímetros portáteis		
☐ 10. Aspirador elétrico de secreções		
☐ 11. Respirador ou ventilador pulmonar		
☐ 12. Outro (Especificar):		

* Manual e automatizada (DPA e DPAC) | ** BREAS 101/BRE AS 102/Pulmão Artificial

Breve explicação médica acerca da necessidade do(s) equipamento(s) médico(s) para tratamento do paciente:

Todos equipamentos médicos listados neste relatório são considerados essenciais ao paciente? ☐ Sim ☐ Não

Todos equipamentos médicos listados neste relatório são de uso exclusivo do paciente? ☐ Sim ☐ Não

Obs: Somente para os casos que possuem TSEE (Tarifa Social de Energia Elétrica), será necessária a homologação do relatório/atestado médico pela Secretaria Municipal de Saúde, nos casos em que o profissional médico não atue no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS ou em estabelecimento particular conveniado.

X

Local/Data Assinatura

X

Assinatura/Carimbo com CRM