

RELATÓRIO MÉDICO

(para uso exclusivo do médico)

Pelo presente, eu, Dr(a) _____

CREMEB nº _____, atesto que o paciente Sr(a) _____

_____ nº do NIS _____,

é portador de enfermidade com CID nº _____ e faz uso do(s) equipamento(s)

médico(s) dependente(s) de energia elétrica abaixo relacionado(s), destinado(s) à **preservação da vida**

humana, com previsão de uso pelo período de _____ dias, a contar desta data.

RELAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS

Nº DE HORAS MENSAIS DE UTILIZAÇÃO

01 - _____

02 - _____

03 - _____

04 - _____

05 - _____

06 - _____

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

Todos os equipamentos médicos listados neste relatório são considerados essenciais ao paciente?

Sim Não

Todos os equipamentos médicos listados neste relatório são de uso exclusivo do paciente?

Sim Não

Local/Data

Assinatura/Carimbo

Obs.: 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.