

FORMULARIO DE COMPROVAÇÃO DE USO DE EQUIPAMENTO VITAL

(Preenchimento exclusivo Ceripa)

Nº Cliente: _____ Nº UC: _____

Usuário cadastrado em: ___/___/___ Por: _____ Reg.: _____

Usuário cadastrado em: ___/___/___ Por: _____ Reg.: _____

DADOS PESSOAIS DO USUÁRIO DO EQUIPAMENTO

Nome: _____

Data de Nascimento: ___ / ___ / _____

Telefone de Contato: (____) ____-____ () res. () comercial () p/recados
com: _____

Celular: (__) ____ - ____ () próprio () comercial () p/recados com: _____

Nº Carteira de Identidade (RG): _____ Nº CPF: _____

Profissão atual: _____

Estado Civil: () solteiro () viúvo () separado () casado legalmente () com companheiro (a)

Usuário inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal? () sim () não

Se afirmativo, informe Número de Identificação Social (NIS): _____

DADOS TÉCNICOS DO EQUIPAMENTO

Tipo de equipamento utilizado: () Respiradores ou Ventilador pulmonar
() Aspiradores de secreções
() Equipamento de diálise peritoneal contínua - CAPD
() Equipamento de diálise peritoneal noturna - NIPD
() Equipamento de diálise peritoneal por cicladora - CCPD
() Aparelho de Quimioterapia
() Concentrador de Oxigênio
() Bomba de infusão
() Oxímetro
() CPAP
() BIPAP
() Outros – especificar: _____

Voltagem: () 110 V () 220 V () Bivolt Consumo/hora: _____

Fonte alternativa: () com bateria de duração de ___ horas () sem bateria

Marca / Outras especificações: _____



DADOS CLÍNICOS (este campo deverá ser preenchido pelo médico)

Diagnóstico da doença: _____

CID de referência: _____

Há quanto tempo apresenta este problema: _____

Limitações decorrentes deste problema: _____

Equipamento que o paciente necessita utilizar : _____

Período diário de utilização do equipamento: ____ horas /dia Das ____:____ às ____:____

Período semanal de utilização do equipamento: ____ dias/semana Quais: _____

Prazo previsto para utilização do equipamento: _____

Em casos de falta de energia elétrica, qual o tempo máximo que o paciente pode permanecer sem o uso do equipamento durante os períodos indicados: ____ minutos ____ horas ____ dias

Identificação da Clínica / Unidade de Saúde: _____

Atendimento realizado via: () SUS () Convênio () Particular

Outras informações pertinentes: _____

Nome do médico responsável pelas informações: _____ CRM nº: _____

Assinatura do médico: _____ Carimbo: 

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Nº identificação da UC: _____

Endereço: _____ Nº do imóvel: _____

Bairro: _____ Local: _____ Município: _____

Localização da UC: () urbana () rural

Responsável pela UC: _____

Vínculo do responsável pela UC com o usuário de equipamento: _____

_____ Declaro serem verdadeiras todas as informações constantes neste formulário.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do usuário ou seu responsável: _____