



OBJETIVO: Realizar o cadastro de cliente que está em uso de equipamentos elétricos essenciais à sobrevivência humana de autonomia limitada que são vitais/essenciais à preservação da vida e dependentes de energia elétrica, para recebimento de avisos preferenciais de desligamentos programados da rede, destinados exclusivamente a unidades consumidoras em que residam pessoas que façam uso de equipamentos eletromédicos essenciais à sobrevivência humana, conforme §7º do art. 27 da Resolução ANEEL 414/2010, assim como realizar o cadastramento dos benefícios tarifários destinados aos usuários de equipamentos eletromédicos conforme inciso III do art 53-D da Resolução Aneel 414/2010.

ORIENTAÇÕES: * Formulário deve ser preenchido e assinado, somente, pelo Médico Solicitante do equipamento ao beneficiário.

* Todos os campos são de preenchimento obrigatório. Caso não estejam preenchidos, os benefícios tarifários NÃO SERÃO CADASTRADOS, conforme §10 do art. 53-D da Resolução Aneel 414/2010.

Número da Unidade Consumidora (UC):	
Nome completo do responsável familiar	
Número de Identificação Social (NIS)	
Código Familiar	

1. DADOS CLÍNICOS

1.1 Nome completo do paciente:	
1.2 CID de referência:	
1.3 Justificativa Médica para o uso do equipamento eletromédico:	

1.4 Marque o(s) equipamento(s) eletromédico(s) utilizado(s): <i>(ATENÇÃO: NÃO SERÃO ACEITOS para cadastro: Geladeira ou Refrigerador para guarda de medicamentos ou insulina).</i>	<input type="checkbox"/>	Concentrador de Oxigênio (aparelho elétrico, com gasto de energia).
	<input type="checkbox"/>	Ventilador pulmonar mecânico (<i>não marcar se for inalador ou nebulizador, para esses especifique no campo "Outros"</i>)
	<input type="checkbox"/>	CPAP
	<input type="checkbox"/>	BIPAP
	<input type="checkbox"/>	Aspiradores de secreções
	<input type="checkbox"/>	Equipamento de diálise → () CAPD () NIPD () CCPD
	<input type="checkbox"/>	Aparelho de Quimioterapia
	<input type="checkbox"/>	Bomba de perfusão (infusão)
	<input type="checkbox"/>	Oxímetro
	<input type="checkbox"/>	Outros – especifique: _____

1.5 Prazo estimado de uso do equipamento: <i>(ATENÇÃO: Não pode ser prazo indeterminado ou em branco - §10 art 53-D, Res 414/2010 ANEEL)</i>	Data fim do uso: _____
	Tempo estimado em meses: _____
	Horas diárias de uso: _____ Das _____ (horas) às _____ (horas).
	Potência do(s) aparelhos (s) em Watts: _____

2. DADOS DO ATENDIMENTO MÉDICO

2.1 O aparelho é fornecido pelo SUS?	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não
2.2 Atendimento médico: <i>(Nos casos em que o atendimento médico não for pelo SUS ou estabelecimento conveniado com o SUS, para recebimento dos benefícios tarifários este formulário deverá ser homologado na Secretaria Municipal de Saúde.)</i>	<input type="checkbox"/>	SUS
	<input type="checkbox"/>	Convênio com SUS
	<input type="checkbox"/>	Convênio com Plano de Saúde
	<input type="checkbox"/>	Particular

Declaro serem verdadeiras todas as informações contidas nesse formulário.

CRM do médico responsável: _____

Assinatura e carimbo do médico responsável: _____

Data: ____/____/____



INFORMAÇÕES SOBRE O CADASTRO DE EQUIPAMENTO DE SOBREVIDA

A Resolução ANEEL 414/2010 prevê que a distribuidora cadastre as unidades consumidoras nas quais residem pessoas que fazem uso de equipamentos elétricos essenciais à sobrevivência humana, após a solicitação expressa do titular da unidade consumidora, mediante comprovação médica. Esse cadastro faz-se necessário para as situações muito especiais de avisos preferenciais e antecipados sobre desligamentos programados da rede elétrica e suspensão do fornecimento, de maneira a evitar prejuízos ao funcionamento dos aparelhos elétricos que preservam a vida do paciente. Esse cadastro não impede a suspensão do fornecimento por acidentes, deficiência técnica ou inadimplência, ou outras situações de desligamentos que ocorrem à revelia da Celesc, além de não conceder anistia de débitos.

Eu, _____, titular ou representante legal da Unidade Consumidora nº _____, declaro estar ciente e de acordo com as informações prestadas e autorizo a entrada de funcionário da Celesc em minha residência para verificação do(s) equipamento(s), sempre que requisitado pela empresa.

Assinatura do titular ou representante legal

Data