



FORMULÁRIO PARA CADASTRO DE CLIENTE EM USO DE EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS

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.

ORIENTAÇÕES: * Formulário deve ser preenchido e assinado, somente, pelo Médico Solicitante do equipamento ao paciente.
* Todos os campos são de preenchimento obrigatório.

Número da Unidade Consumidora (UC): _____

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):

(ATENÇÃO: NÃO SERÃO ACEITOS para cadastro: Geladeira ou Refrigerador para guarda de medicamentos ou insulina).

- Concentrador de Oxigênio (aparelho elétrico, com gasto de energia).
 Ventilador pulmonar mecânico (*não marcar se for inalador ou nebulizador, para esses especifique no campo "Outros"*)
 CPAP
 BIPAP
 Aspiradores de secreções
 Equipamento de diálise → () CAPD () NIPD () CCPD
 Aparelho de Quimioterapia
 Bomba de perfusão (infusão)
 Oxímetro
 Outros – especificar _____

1.5 Prazo estimado de uso do equipamento:

(ATENÇÃO: Não pode ser prazo indeterminado ou em branco - §10 art 53-D, Res 414/2010 ANEEL)

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?

- Sim
 Não

2.2 Atendimento médico:

- SUS
 Convênio com SUS
 Convênio com Plano de Saúde
 Particular

Declaro serem verdadeiras todas as informações contidas nesse formulário.

CRM do médico responsável: _____

Assinatura e carimbo do médico responsável: _____

Data: ____/____/____



CENTRAIS ELÉTRICAS DE SANTA CATARINA S.A. - CELESC DISTRIBUIÇÃO

FORMULÁRIO PARA CADASTRO DE CLIENTE EM USO DE EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS

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