|  |
| --- |
| **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 Art. 436 da Resolução ANEEL 1000/2021.**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):** | * 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).*** | 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:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| **INFORMAÇÕES SOBRE O CADASTRO DE EQUIPAMENTO DE SOBREVIDA** |

|  |
| --- |
| A Resolução ANEEL 1000/2021 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**