

COOPERATIVA DE ELETRIFICAÇÃO DE IBIÚNA E REGIÃO
FORMULÁRIO PARA CADASTRO DE CLIENTE EM USO DE EQUIPAMENTOS VITAIS

Objetivo:

Cadastrar unidades consumidoras onde residem pessoas que utilizam equipamentos elétricos essenciais à sobrevivência, com autonomia limitada, para que possam receber avisos antecipados sobre desligamentos programados de energia elétrica, conforme determina o Art. 436 da Resolução ANEEL nº 1.000/2021.

Orientações:

- O formulário deve ser preenchido e assinado exclusivamente pelo médico responsável pela prescrição do equipamento.
- Todos os campos devem ser obrigatoriamente preenchidos para validação do cadastro.

Número da Unidade Consumidora (UC):
Nome completo do consumidor:

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 para uso do equipamento:

(ATENÇÃO: Não pode ser prazo indeterminado ou em branco - § 3º do Art. 178, Resolução ANEEL 1000/2021)

Prazo/data fim de uso: _____

Horas diárias de uso: _____ Das _____ (horas) às _____ (horas)

Potência do(s) aparelho(s) em Watts: _____

2. DADOS DO ATENDIMENTO MÉDICO

2.1 O aparelho é fornecido pelo SUS?
☐ Sim

☐ Não

☐ SUS

2.2 Atendimento médico:
☐ 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: ____ / ____ / ____

"A nossa energia vem de você"

INFORMAÇÕES SOBRE O CADASTRO DE EQUIPAMENTO VITAIS

Número da Unidade Consumidora (UC):	
Nome completo do consumidor:	

A **Resolução ANEEL nº 1.000/2021** determina que as distribuidoras de energia elétrica realizem o **cadastro especial de unidades consumidoras** onde residem pessoas que dependem de **equipamentos elétricos essenciais à preservação da vida**. Esse cadastro deve ser feito **somente após solicitação formal do titular da unidade consumidora**, acompanhada de **comprovação médica que ateste a necessidade do uso contínuo desses equipamentos**.

O objetivo desse cadastro é garantir que, em situações de **desligamento programado da rede elétrica ou suspensão do fornecimento**, a distribuidora possa **avisar com antecedência e prioridade os consumidores cadastrados**, minimizando os riscos de interrupção no funcionamento dos aparelhos vitais à saúde do paciente.

É importante destacar que esse cadastro **não impede o corte de energia** em casos como:

- **Acidentes na rede elétrica;**
- **Falhas técnicas;**
- **Falta de pagamento (inadimplência);**
- **Outras situações não controladas pela distribuidora.**

Além disso, o cadastro **não isenta o consumidor de dívidas** nem concede qualquer tipo de **anistia de débitos**.

Eu, _____, titular ou representante legal da Unidade Consumidora nº _____, declaro estar ciente e de acordo com as informações prestadas neste documento.

Assinatura do titular ou representante legal

Data

"A nossa energia vem de você"