

FORMULÁRIO - USUÁRIOS DE EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS

Marque a(s) opção(ões) desejada(s):

() Cadastro de Benefícios Tarifários – Tarifa Social (baixa renda) e/ou Luz Fraterna. Somente para famílias inscritas no Cadastro Único, com renda total de até 3 salários-mínimos, que tenham pessoa que faça uso contínuo de equipamentos eletromédicos, conforme inciso III, art. 53-D da Resolução Aneel 414/2010 e Lei Estadual 17639/2013. Observação: para solicitação dos benefícios não há limitação de consumo.

() Cadastro de Equipamento de Sobrevida – para recebimento de avisos preferenciais sobre desligamentos programados da rede e somente para residências em que haja uso de equipamentos eletromédicos essenciais à sobrevivência humana, conforme §7º do art. 27 da Resolução Aneel 414/2010. Leia as informações ao final da página 2 antes de marcar essa opção e só marque se realmente necessário.

ATENÇÃO! Todas as informações devem ser preenchidas pelo médico. Caso os itens destacados com o sinal * não sejam preenchidos, os benefícios tarifários NÃO SERÃO CADASTRADOS, conforme §10 do art. 53-D da Resolução Aneel 414/2010.

1 DADOS CADASTRAIS

Número da Unidade Consumidora (UC): _____

*Endereço completo da UC: _____

_____ Município: _____

*Número de Identificação Social (NIS) para cadastro dos benefícios: _____

Nome do titular da UC ou responsável: _____

Telefones: _____ e-mail: _____

Nome do usuário do equipamento: _____

Telefones: _____ Idade atual: _____

2 DADOS CLÍNICOS

Diagnóstico da doença/deficiência: _____

*CID de referência: _____ Há quanto tempo apresenta: _____

Limitações decorrentes da condição: _____

Paciente capaz/em uso de suas faculdades mentais? _____ Paciente acamado? _____

Paciente é pessoa com deficiência? () Não () Sim Qual? () Física () Mental () Visual () Auditiva

Paciente em Atenção Domiciliar (Portaria 963/2013)? () Não () Sim Qual? () AD1 () AD2 () AD3

3 DADOS TÉCNICOS DO EQUIPAMENTO

*Marque o(s) equipamento(s) eletromédico(s) utilizado(s)

() Concentrador de Oxigênio (aparelho elétrico, com gasto de energia).

() Ventilador pulmonar mecânico (não marque se inalador ou nebulizador. Use o campo "Outros")

() CPAP ou () BIPAP

() Aspiradores de secreções

() Equipamento de diálise → () CAPD () NIPD () CCPD

() Aparelho de Quimioterapia

() Bomba de perfusão (infusão)

() Oxímetro

() Outros – especificar: _____

(Geladeira/refrigerador para guarda de medicamentos ou insulina não serão aceitos para cadastro.

***Prazo estimado de uso do equipamento (não pode ser indeterminado ou em branco - §10 art 53-D):**

Data estimada: ____/____/____; ou ____ meses; ou ____ anos

***Horas diárias de uso:** ____ . Das ____ (horas) às ____ (horas).

Possui bateria? ____ Marca e modelo: _____

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

No caso de Oxigenoterapia Domiciliar, reitere as informações:

() Concentrador de Oxigênio elétrico () Cilindro de Oxigênio () Oxigênio líquido portátil

Aparelho portátil? ____ Possui cilindro reserva? ____ Possui bateria? ____

4 DADOS DO ATENDIMENTO MÉDICO

O aparelho é fornecido pelo SUS? () Sim () Não _____

***Atendimento médico:** () SUS () Convênio com SUS () Convênio com Plano de Saúde* () Particular*

***CRM do médico responsável:** _____ Nome: _____

Local do atendimento (nome da unidade de saúde ou clínica): _____

Telefone: _____

CNPJ: _____ Nº do CNES (registro no SUS): _____

**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.*

Declaro serem verdadeiras todas as informações fornecidas neste formulário.

Assinatura e carimbo do médico responsável: _____

***Data:** ____/____/____

Eu, (nome do consumidor) _____,

declaro estar ciente e de acordo com as informações prestadas e autorizo a entrada de funcionário da Copel em minha residência para verificação do(s) equipamento(s), sempre que requisitado pela empresa.

Assinatura: _____

INFORMAÇÕES SOBRE O CADASTRO DE EQUIPAMENTO DE SOBREVIDA

Leia atentamente: a Resolução Aneel 414/2010 prevê que a distribuidora cadastre as unidades consumidoras *onde pessoas utilizam equipamentos elétricos essenciais à sobrevivência humana, após solicitação expressa do titular da unidade consumidora, mediante comprovação médica.*

Trata-se de situações muito especiais de eletro dependência que devem ser identificadas para entrega comprovada ou em mãos (com deslocamento de equipe da Copel), 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 usuário.

Este cadastro não impede a suspensão do fornecimento por ordem técnica ou inadimplência, o desligamento da rede que ocorre à revelia da Copel e não concede anistia de débitos.

Os seguintes aparelhos não atendem à condição descrita: inalador, nebulizador, ar condicionado, cadeira de rodas elétrica, cama motorizada, colchão pneumático, aquecedores/umidificadores ou eletrodomésticos.