

**TERMO DE COMPROMISSO
USUÁRIOS DE EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS**

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA (UC): _____

NOME DO TITULAR DA UC: _____

ENDEREÇO DA UC: _____

TELEFONE: _____

NOME DO USUÁRIO DO EQ. ELETROMÉDICO: _____

1 - O responsável pela unidade consumidora acima identificada, caso tenha aprovada a sua solicitação de cadastro de benefícios tarifários ou cadastro de equipamento de sobrevida devido ao uso contínuo de equipamentos eletromédicos na unidade consumidora acima identificada, compromete-se perante a Copel Distribuição a:

a) Efetuar o pagamento de suas Faturas de Energia Elétrica, até as datas de vencimento nelas destacadas, sob pena de suspensão do fornecimento conforme previsto no artigo 172 da Resolução Aneel 414/2010.

b) Apresentar novo "Formulário Usuários de Equipamentos Eletromédicos" nos casos em que houver necessidade de prorrogação do período de uso do equipamento previsto pelo médico responsável no formulário, para continuidade do recebimento dos benefícios e/ou dos avisos preferenciais, se ainda necessários.

c) Apresentar a qualquer tempo, documentação comprobatória que vier a ser solicitada pela COPEL.

d) Informar imediatamente a Copel em caso de mudança de endereço do usuário do equipamento eletromédico para regularização do cadastro.

e) Comunicar a Copel, caso deixe de fazer uso do equipamento eletromédico.

f) Autorizar a entrada de funcionário da Copel na residência, para verificação in loco dos equipamentos eletromédicos, sempre que requisitado por esta distribuidora.

2 - O responsável pela unidade consumidora acima identificada, reconhece à COPEL o direito de suspender os benefícios tarifários ou o cadastro de equipamento de sobrevida, no caso do não cumprimento de quaisquer dos compromissos assumidos nas letras "b", "c", "d", "e" e "f" do presente Termo e/ou por imposição da Legislação de Energia Elétrica e/ou por determinação da ANEEL - Agência Nacional de Energia Elétrica.

3 - O responsável pela unidade consumidora compromete-se a manter atualizada sua inscrição junto ao Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, no caso do recebimento de benefícios tarifários.

_____, _____ de _____ de 20____.
município, dia mês ano

Assinatura do responsável pela unidade consumidora (obrigatório)

RG nº _____

CPF nº _____