

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 Vital – 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 abaixo e converse com o seu médico antes de marcar essa opção. Só solicite esse cadastro se for realmente necessário.**

INFORMAÇÕES SOBRE O CADASTRO DE EQUIPAMENTO VITAL

A Res. Aneel 414/2010 prevê o cadastro das unidades consumidoras *onde pessoas utilizam equipamentos elétricos essenciais à sobrevivência humana*, após solicitação expressa do titular da unidade consumidora, mediante comprovação médica.

São 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: inalador, nebulizador, umidificador, ar condicionado, cadeira de rodas elétrica, cama motorizada, colchão pneumático, eletrodos estimuladores, eletrodomésticos.

1 DADOS CADASTRAIS DO RESPONSÁVEL E DO USUÁRIO

Número da Unidade Consumidora (UC): _____

*Endereço completo da UC: _____

_____ Município: _____

Nome do titular da UC ou responsável: _____

Celular: () _____ e-mail: _____

Nome do usuário do equipamento: _____

CPF do usuário do equipamento: _____

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

Descreva o vínculo entre o responsável pela UC e o usuário do equipamento, caso não sejam a mesma pessoa (ex: filho, mãe): _____

Eu, (nome do responsável) _____,

autorizo que a Copel Distribuição, aqui denominada CONTROLADORA, inscrita no CNPJ sob nº 04.368.898/0001-06, em razão da presente demanda, disponha dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018. Também declaro estar ciente e de acordo com as informações prestadas pelo médico responsável e autorizo a entrada de funcionário da Copel em minha residência, para verificação do(s) equipamento(s), sempre que requisitado pela empresa.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

SR MÉDICO, ATENÇÃO!

Todas as informações devem ser preenchidas e de forma legível. Caso os itens destacados com o sinal de asterisco (*) não sejam preenchidos, os benefícios tarifários NÃO SERÃO CADASTRADOS, conforme dispõe o §10 do art. 53-D da Res. Aneel 414/2010.

2 DADOS CLÍNICOS DO USUÁRIO

Diagnóstico da doença/deficiência: _____

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

Limitações decorrentes da condição: _____

Paciente capaz/lúcido? () Sim () Não Paciente acamado? () Sim () Não _____

Paciente é PCD? () Sim () Não - Natureza da deficiência: () 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

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

() Aspiradores de secreções

() Outros – especificar _____

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

***Prazo estimado de uso do equipamento (não pode ser indeterminado ou em branco):**

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

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

Possui bateria? ____ Marca e modelo: _____ Potência 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*

**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 junto a Secretaria Municipal de Saúde.*

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

_____ Telefone: _____

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

Declaro, para fins de direito, sob as penas da lei, que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e autênticas.

Assinatura, CRM e carimbo do médico responsável:

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



