

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, assim como realizar o cadastramento dos benefícios tarifários destinados aos usuários de equipamentos eletromédicos conforme item b, Art. 177 da Resolução ANEEL 1000/2021.

ORIENTAÇÕES: * Formulário deve ser preenchido e assinado, somente, pelo Médico Solicitante do equipamento ao beneficiário.
* Todos os campos são de preenchimento obrigatório. Caso não estejam preenchidos, os benefícios tarifários NÃO SERÃO CADASTRADOS, conforme Art. 178 da Resolução ANEEL 1000/2021.

Número da Unidade Consumidora (UC):	
Nome completo do responsável familiar	
Número de Identificação Social (NIS)	
Código Familiar	

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):	<input type="checkbox"/> Concentrador de Oxigênio (aparelho elétrico, com gasto de energia).
	<input type="checkbox"/> Ventilador pulmonar mecânico (não marcar se for inalador ou nebulizador, para esses especifique no campo "Outros")
	<input type="checkbox"/> CPAP
	<input type="checkbox"/> BIPAP
	<input type="checkbox"/> Aspiradores de secreções
	<input type="checkbox"/> Equipamento de diálise → () CAPD () NIPD () CCPD
	<input type="checkbox"/> Aparelho de Quimioterapia
	<input type="checkbox"/> Bomba de perfusão (infusão)
	<input type="checkbox"/> Oxímetro
<input type="checkbox"/> Outros – especifique: _____	
1.5 Prazo estimado de uso do equipamento:	Prazo/Data fim do uso:
<i>(ATENÇÃO: Não pode ser prazo indeterminado ou em branco - § 3º do Art. 178, Resolução ANEEL 1000/2021)</i>	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?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
2.2 Atendimento médico: <i>(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.)</i>	<input type="checkbox"/> SUS
	<input type="checkbox"/> Convênio com SUS
	<input type="checkbox"/> Convênio com Plano de Saúde
	<input type="checkbox"/> 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



CENTRAIS ELÉTRICAS DE SANTA CATARINA S.A. - CELESC DISTRIBUIÇÃO
FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE TARIFA SOCIAL DE ENERGIA ELÉTRICA - USUÁRIOS DE
EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS

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