

TARIFA SOCIAL DA ENERGIA ELÉTRICA - TSEE

O desconto na fatura de energia é garantido às famílias de baixa renda, conforme Lei Federal 12.212/2010 e Lei Estadual 17639/2013.

QUEM TEM DIREITO A RECEBER O DESCONTO?

Famílias que atendem os seguintes critérios:

- I – família inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – Cadastro Único, com renda familiar mensal per capita menor ou igual a meio salário mínimo nacional; ou
- II – quem receba o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC;
- III – família inscrita no Cadastro Único com renda mensal de até 3 (três) salários mínimos, que tenha portador de doença ou deficiência cujo tratamento, procedimento médico ou terapêutico requeira o uso continuado de aparelhos, equipamentos ou instrumentos que, para o seu funcionamento, demandem consumo de energia elétrica.

IMPORTANTE:

- * A última atualização do Cadastro Único realizada junto à Secretaria de Assistência Social ou CRAS não pode ser superior a dois anos.
- * Cada família terá direito ao benefício da Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE em apenas uma unidade consumidora.
- * Cada família, quando deixar de utilizar a unidade consumidora, deve informar à distribuidora, que fará as devidas alterações com posterior comunicação à Agência Nacional de Energia Elétrica – ANEEL.

COMO FAZER O CADASTRO?

O titular da unidade consumidora deve comparecer à sede da Cotel com os seguintes documentos:

- RG;
- CPF;
- Declaração emitida pela Secretaria de Assistência Social ou INSS ou cartão Bolsa Família.
- Declaração médica informando sobre a necessidade de uso de equipamento essencial à vida.

- O benefício somente será concedido se todos os critérios forem atendidos. Os dados do cadastro do consumidor serão consultados pela Cotel no Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- Após a concessão, o consumidor deve fazer recadastro a cada 12 meses ou menos, quando solicitado pela Companhia.

O QUE DEVE CONSTAR NA DECLARAÇÃO MÉDICA?

O relatório e atestado subscrito por profissional médico, deve:

I - ser homologado pela Secretaria Municipal de Saúde, nos casos em que o profissional médico não atue no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS ou em estabelecimento particular conveniado; e

II - certificar a situação clínica e de saúde do morador portador da doença ou da deficiência, bem como a previsão do período de uso continuado de aparelhos, equipamentos ou instrumentos que, para o seu funcionamento, demandem consumo de energia elétrica e, ainda, conter as seguintes informações:

- a) Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID;
 - b) Número de inscrição do profissional médico responsável no Conselho Regional de Medicina – CRM;
 - c) Descrição dos aparelhos, dos equipamentos ou dos instrumentos utilizados na residência que, para o seu funcionamento, demandem consumo de energia elétrica;
 - d) Número de horas mensais de utilização de cada aparelho, equipamento ou
 - e) instrumento;
 - f) Endereço da unidade consumidora; e
 - g) Número de Identificação Social – NIS.
- **A declaração deverá ser reapresentada ao final do período de utilização inicialmente previsto pelo médico, ou a cada 12 meses caso a utilização seja por tempo indeterminado.**

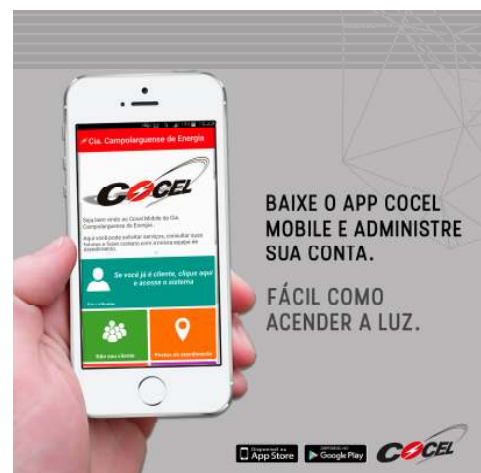
A Cotel fica na Rua Rui Barbosa, 520 – Centro (ao lado da Rodoviária).

Atendimento de segunda à sexta-feira, das 8H às 17h30.

Teleatendimento: 0800-7262121 (atendimento de segunda-feira a sábado, das 7h30 à meia noite).

Visite nossa Agência Virtual:

www.cocel.com.br





FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE TARIFA SOCIAL DE ENERGIA ELÉTRICA E PROGRAMA LUZ FRATERNA PARA USUÁRIOS DE EQUIPAMENTO VITAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA E DO USUÁRIO DE EQUIPAMENTO VITAL

Número da unidade consumidora:
Endereço da uc:
Nome do titular da uc:
Número de Identificação Social (NIS):
Nome do usuário do equipamento:
Número de Identificação Social (NIS):
Vínculo do responsável pela UC com o usuário do equipamento:
Data:/...../.....
Assinatura do usuário ou seu responsável:

DADOS DA UNIDADE DE SAÚDE E DO ATENDIMENTO MÉDICO

Preenchido pelo médico responsável

- Forma de atendimento médico:
()SUS ()Convênio com o SUS ()Convênio com plano de saúde* ()Particular*
- Local do atendimento (nome da unidade de saúde):
.....
CNPJ:
Nº do CNES (registro no SUS):
Telefone:
- Informações relevantes que caracterizem que o atendimento médico e/ou fornecimento do equipamento ocorre pelo SUS:
.....
.....

**Caso o atendimento médico seja realizado por convênio com plano de saúde ou de forma particular, o Formulário de Uso de Equipamento deverá ser homologado pela Secretaria Municipal de Saúde ou este órgão deverá emitir declaração atestando as informações prestadas pelo médico (art. 28, Res. ANEEL 414/2010).*

DADOS CLÍNICOS

Preenchido pelo médico responsável

- Diagnóstico da doença:
CID de referência:
- Há quanto tempo apresenta este problema:
- Limitações decorrentes deste problema:
- Período diário de utilização do equipamento:horas/ dia, dash.....min àsh.....min.

- Período semanal de utilização do equipamento:dias/ semana. Quais:
- Prazo previsto para utilização do equipamento:
- Em casos de falta de energia elétrica, qual o tempo máximo que o paciente pode permanecer sem o uso de equipamento durante os períodos indicados:
 - minutos horas dias.
- Outras informações pertinentes:

DADOS DO EQUIPAMENTO <i>Preenchido pelo médico responsável</i>
--

- Tipo de equipamento utilizado:
- () Respiradores ou ventilador pulmonar
 - () Aspiradores de secreções
 - () Equipamento de diálise peritoneal contínua (CAPD)
 - () Equipamento de diálise peritoneal noturna (NIPD)
 - () Equipamento de diálise peritoneal por cicladora (CCPD)
 - () Aparelho de quimioterapia
 - () Concentrador de oxigênio
 - () Bomba de infusão
 - () Oxímetro
 - () CPAP
 - () BIPAP
 - () Outros – especificar:

Voltagem: ()110 V ()220 V ()Bivolt Consumo/hora:

Fonte alternativa: ()com bateria de duração de horas ()sem bateria

Marca/ outras especificações:

Declaro serem verdadeiras todas as informações constantes neste formulário.

Nome do médico responsável pelas informações:

.....

CRM nº

Assinatura do médico:

.....

Carimbo:
