



FORMULÁRIO E TERMO DE COMPROMISSO PARA USUÁRIOS DE EQUIPAMENTO VITAL E TARIFA SOCIAL DE ENERGIA ELÉTRICA

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:

TERMO DE COMPROMISSO CONSUMIDOR COM USO DE EQUIPAMENTO VITAL

1 – O responsável pela unidade consumidora declara estar ciente de que o cadastro de usuário de equipamento vital não isenta o pagamento regular das faturas e não impede as ações de cobrança praticadas pela COCEL (como emissão de reaviso de vencimento na fatura, envio de SMS e inscrição nos cadastros de proteção ao crédito) nem a suspensão do fornecimento em caso atraso no pagamento das faturas, conforme previsto no artigo 172 da Resolução ANEEL 414/2010. O objetivo desse cadastro é a emissão de avisos preferenciais sobre desligamentos programados da rede elétrica e suspensão do fornecimento, por qualquer ordem, de maneira a evitar prejuízos ao funcionamento dos aparelhos elétricos que preservam a vida do usuário.

2 – O responsável pela unidade consumidora acima identificada, caso tenha aprovada a sua solicitação para inclusão no Cadastro de Usuário de Equipamento Vital, compromete-se perante à COCEL a: a) Apresentar novo “Atestado médico” nos casos em que houver necessidade de prorrogação do período de uso do equipamento previsto pelo médico responsável no formulário ou nos casos em que o período de uso seja superior a um ano, se ainda for necessária a manutenção da unidade consumidora nessa condição especial; b) Apresentar a qualquer tempo, documentação comprobatória que vier a ser solicitada pela COCEL; c) Informar imediatamente a COCEL em caso de mudança de endereço do usuário de equipamento vital, para regularização do cadastro; d) Comunicar a COCEL, caso deixe de fazer uso do equipamento vital ou em qualquer alteração da documentação previamente apresentada; e) Autorizar a entrada de funcionário da COCEL até o padrão da residência, para verificação da leitura do medidor, sempre que requisitado por esta distribuidora.

3 - O responsável pela unidade consumidora acima identificada, reconhece à COCEL o direito de encerrar imediatamente a inscrição no Cadastro de Equipamento Vital, no caso do não cumprimento de quaisquer dos compromissos assumidos nas letras “a”, “b”, “c”, “d” e “e” do presente Termo e/ou por imposição de Legislação e/ou por determinação Regulatória da ANEEL - Agência Nacional de Energia Elétrica.

O titular declara estar ciente e de acordo com as informações prestadas acima, bem como autoriza a entrada de funcionário da COCEL na residência para verificação do(s) equipamento(s) descrito(s), sempre que requisitado por essa distribuidora.

Campo Largo, ____ de _____ de 20____.

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
Preenchido pelo médico responsável

- 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:

Vtagem: () 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:

.....

Campo Largo, _____ de _____ de 20_____.

Carimbo: