**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, das .....h.....min às .....h.....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: ............................................... |

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:**  **................................................................................................**  **Campo Largo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_\_\_.** | **Carimbo:** |