

FORMULÁRIO - USUÁRIOS DE EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS

Marque a(s) opção(ões) desejada(s):

Cadastro de Benefícios Tarifários – Tarifa Social (baixa renda) e/ou Energia Solidária. 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 do art. 177 da Resolução Aneel 1000/2021 e critérios estabelecidos na Lei Estadual 20943/2021. **Atenção:** será pago pelo Programa Energia Solidária o consumo máximo correspondente à **400 kWh**. O pagamento do consumo excedente é de responsabilidade do titular da conta de energia.

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 artigo 436 da Resolução Aneel 1000/2021. **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 1000/2021 determina que a *distribuidora deve cadastrar de imediato a existência de pessoa usuária de equipamentos de autonomia limitada, vitais à preservação da vida humana e dependentes de energia elétrica, mediante comprovação médica*.

São situações muito especiais de eletro-dependência que devem ser identificadas para entrega 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 §3º do art. 178 da Resolução Aneel 1000/2021.

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: ____ / ____ / ____

