

## 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, vital 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:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



