

**CERIPA – COOPERATIVA DE ELETRIFICAÇÃO RURAL DE ITAI PARANAPANEMA AVARE LTDA****FORMULÁRIO PARA CADASTRO DE CLIENTE EM USO DE EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS**

**OBJETIVO:** Realizar o cadastro de cliente que está em uso de equipamentos elétricos essenciais à sobrevivência humana de autonomia limitada que são vitais/essenciais à preservação da vida e dependentes de energia elétrica, para recebimento de avisos preferenciais de desligamentos programados da rede, destinados exclusivamente a unidades consumidoras em que residam pessoas que façam uso de equipamentos eletromédicos essenciais à sobrevivência humana, conforme Art. 436 da Resolução ANEEL 1000/2021.

**ORIENTAÇÕES:** \* Formulário deve ser preenchido e assinado, somente, pelo Médico Solicitante do equipamento ao paciente.  
\* Todos os campos são de preenchimento obrigatório.

|                                            |  |
|--------------------------------------------|--|
| <b>Número da Unidade Consumidora (UC):</b> |  |
|--------------------------------------------|--|

**1. DADOS CLÍNICOS**

|                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1.1 Nome completo do paciente:</b>                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>1.2 CID de referência:</b>                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>1.3 Justificativa Médica para o uso do equipamento eletromédico:</b>                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>1.4 Marque o(s) equipamento(s) eletromédico(s) utilizado(s):</b>                                                                                               | <input type="checkbox"/> Concentrador de Oxigênio (aparelho elétrico, com gasto de energia).<br><input type="checkbox"/> Ventilador pulmonar mecânico ( <i>não marcar se for inalador ou nebulizador, para esses especifique no campo "Outros"</i> )<br><input type="checkbox"/> CPAP<br><input type="checkbox"/> BIPAP<br><input type="checkbox"/> Aspiradores de secreções<br><input type="checkbox"/> Equipamento de diálise → ( ) CAPD ( ) NIPD ( ) CCPD<br><input type="checkbox"/> Aparelho de Quimioterapia<br><input type="checkbox"/> Bomba de perfusão (infusão)<br><input type="checkbox"/> Oxímetro<br><input type="checkbox"/> Outros – especificar: _____ |
| <b>1.5 Prazo estimado de uso do equipamento:</b><br><i>(ATENÇÃO: Não pode ser prazo indeterminado ou em branco - § 3º do Art. 178, Resolução ANEEL 1000/2021)</i> | Prazo/data fim de uso:<br>Horas diárias de uso: Das _____ (horas) às _____ (horas).<br>Potência do(s) aparelhos (s) em Watts:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

**2. DADOS DO ATENDIMENTO MÉDICO**

|                                             |                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2.1 O aparelho é fornecido pelo SUS?</b> | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                             |
| <b>2.2 Atendimento médico:</b>              | <input type="checkbox"/> SUS<br><input type="checkbox"/> Convênio com SUS<br><input type="checkbox"/> Convênio com Plano de Saúde<br><input type="checkbox"/> Particular |

**Declaro serem verdadeiras todas as informações contidas nesse formulário.**

CRM do médico responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## **INFORMAÇÕES SOBRE O CADASTRO DE EQUIPAMENTO DE SOBREVIDA**

A Resolução ANEEL 1000/2021 prevê que a distribuidora cadastre as unidades consumidoras nas quais residem pessoas que fazem uso de equipamentos elétricos essenciais à sobrevivência humana, após a solicitação expressa do titular da unidade consumidora, mediante comprovação médica. Esse cadastro faz-se necessário para as situações muito especiais 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 paciente. Esse cadastro não impede a suspensão do fornecimento por acidentes, deficiência técnica ou inadimplência, ou outras situações de desligamentos que ocorrem à revelia da Ceripa, além de não conceder anistia de débitos.

Eu, \_\_\_\_\_, titular ou representante legal da Unidade Consumidora n<sup>o</sup> \_\_\_\_\_, declaro estar ciente e de acordo com as informações prestadas e autorizo a entrada de funcionário da Ceripa em minha residência para verificação do(s) equipamento(s), sempre que requisitado pela empresa.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do titular ou representante legal**

\_\_\_\_\_  
**Data**