|  |
| --- |
| **FORMULÁRIO PARA CADASTRO DE CLIENTE COM USO DE EQUIPAMENTOS VITAIS A SOBREVIVÊNCIA HUMANA** |

|  |
| --- |
| 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 1.000/2.021. ORIENTAÇÕES: Formulário deve ser preenchido e assinado, somente, pelo Médico Solicitante do equipamento ao paciente. ***Todos os campos são de preenchimento obrigatório.*** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nº da Unidade de Consumo: |  |
|  |
| Dados do Paciente |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome Completo do paciente |  |
| CID de referência: |  |
| Justificava médica sobre o uso do equipamento, voltado a sobrevivência humana |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Identifique o(s) equipamento(s) utilizado(s): | ( ) Concentrador de Oxigênio (aparelho elétrico, com gasto de energia). |
| ( ) Ventilador pulmonar mecânico (não marcar se for inalador ou nebulizador, para esses especifique no campo “Outros”) |
| ( ) CPAP |
| ( ) BIPAP |
| ( ) Aspiradores de secreções |
| ( ) Equipamento de diálise → ( ) CAPD ( ) NIPD ( ) CCPD |
| ( ) Aparelho de Quimioterapia |
| ( ) Bomba de perfusão (infusão) |
| ( ) Oxímetro |
| ( ) Outros – especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Prazo estimado de uso do Equipamento(s): Conforme §3º do art. 178 da ReN 1.000/2021 da ANEEL, não pode ser prazo indeterminado | Prazo/data fim de uso: |
| Horas diárias de uso: Das\_\_\_\_\_\_ (horas) às\_\_\_\_\_\_(horas). |
| Potência do(s) aparelhos (s) em Watts: |
| DADOS DO ATENDIMENTO MÉDICO |
| O SUS é o fornecedor do aparelho? | ( ) Sim |
| ( ) Não |
| Do Atendimento Médico | ( ) SUS |
| ( ) Convênio com SUS |
| ( ) Convênio com Plano de Saúde |
| ( ) 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 Cerim, além de não conceder anistia de débitos. |

|  |
| --- |
| Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, titular ou representante legal da Unidade Consumidora nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro estar ciente e de acordo com as informações prestadas e autorizo a entrada de funcionário da Cerim em minha residência para verificação do(s) equipamento(s), sempre que requisitado pela empresa.Data: ............................../........../........../20......... |

Em caso de dúvidas, contate a CERIM, através de um dos canais de atendimento:

* E-mail: comercial@cerim.com.br
* 0800.770.6280
* 0800.102.1152