

**FORMULÁRIO DE CADASTRO CLIENTE VITAL/SOBREVIDA****Sr. Médico,**

A Resolução Aneel 414/2010 prevê que a distribuidora deve cadastrar as unidades consumidoras em que existam:

**“Pacientes de equipamentos de autonomia limitada, vitais/essenciais à preservação da vida humana e dependentes de energia elétrica, mediante comprovação médica”** (Art. 8, inciso III; Art. 27 § 7º; Art. 28, inciso IV e § 2º; Art. 119, inciso VII; Art. 143, inciso V).

Trata-se de situações muito especiais que devem ser identificadas pela Enel Distribuição Brasil para priorização do atendimento, entrega de avisos programados de manutenção rede elétrica e suspensão de fornecimento.

Este cadastro, não impede a suspensão do fornecimento de energia elétrica por acidentes, deficiência técnica, inadimplência ou outras situações de desligamento que ocorrem à revelia da Enel Distribuição Brasil.

Entendemos que o **uso exclusivo** dos seguintes equipamentos não atende à condição descrita na Resolução Normativa da ANEEL 414/2010.

- Inalador;
- Geladeira para guarda de insulina/medicamentos;
- Colchão pneumático;
- Nebulizador/Aerossol;
- Cadeira de rodas elétrica;
- Aquecedores/umidificadores;
- Ar condicionado;
- Cama motorizada;
- Eletrodomésticos diversos;

Compreendidas as informações acima, responda:

O equipamento vital utilizado na unidade consumidora/instalação e a condição clínica do usuário atendem a descrição **“pacientes de equipamentos de autonomia limitada, vitais/essenciais à preservação da vida humana e dependentes de energia elétrica”**, ou seja, é fundamental que o cliente seja cientificado de forma preferencial e/ou pessoal sobre interrupções programadas em seu fornecimento de energia elétrica para evitar prejuízos à vida do paciente.

**DADOS TÉCNICOS DO EQUIPAMENTO**

Marque o (s) equipamentos (s) vital/sobrevida utilizados:

- Concentrador de Oxigênio (aparelho elétrico, com consumo de energia
- Ventilador pulmonar mecânico (não marque para inalador ou nebulizador
- CPAP
- BIPAP
- Aspiradores de secreções
- Equipamento de diálise peritoneal contínua - CAPD
- Equipamento de diálise peritoneal noturna - NIPD
- Equipamento de diálise peritoneal por cicladora - CCPD

**FORMULÁRIO DE CADASTRO CLIENTE VITAL/SOBREVIDA**

- ( ) Aparelho de Quimioterapia  
( ) Bomba de perfusão (infusão)  
( ) Oxímetro  
( ) Outros – especificar: \_\_\_\_\_

Potência do (s) aparelho (s) em Watts: \_\_\_\_\_ Equipamento de uso diário (contínuo)? \_\_\_\_\_  
Horas diárias de uso: \_\_\_\_\_ Prazo estimado de uso do equipamento (Dias)? \_\_\_\_\_  
Possui bateria? \_\_\_\_\_ Marca e modelo: \_\_\_\_\_

**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? \_\_\_\_\_

**DADOS CLÍNICOS**

CID de referência: \_\_\_\_\_. Há quanto tempo apresenta: \_\_\_\_\_ Limitações decorrentes da condição: \_\_\_\_\_

Em casos de falta de energia elétrica, há comprometimento imediato ou iminente do quadro do usuário do equipamento, ou risco de morte? ( ) SIM ( ) NÃO

Descreva o grau e detalhes da **eletro-dependência** (exemplo “UTI em casa”):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Clínica/Unidade de Saúde responsável: \_\_\_\_\_

*Declaro serem verdadeiras todas as informações fornecidas neste formulário.*

Médico: \_\_\_\_\_  
(Carimbar e assinar acima)

CRM nº: \_\_\_\_\_  
(Autorizo o registro/uso das informações)

Paciente/Responsável: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**TERMO DE COMPROMISSO CLIENTE VITAL/SOBREVIDA**

Número da Unidade Consumidora/Instalação: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Nome do Titular da UC: \_\_\_\_\_  
Endereço da UC: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_  
Nome do Usuário de Equipamento Vital: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
Cliente cadastrado em algum programa de Benefício Social do Governo? ( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_  
Renda familiar comprovada até 3 salários mínimos? ( ) Não ( ) Sim Quanto? \_\_\_\_\_  
Vínculo entre o paciente e o titular da UC (exemplo: filho): \_\_\_\_\_

1 – O responsável pela unidade consumidora/instalação 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 Enel Distribuidora Brasil (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/instalação acima identificada, caso tenha aprovada a sua solicitação para inclusão no Cadastro de Usuário de Equipamento Vital/Sobrevida, compromete-se perante à Enel Distribuição Brasil a:

a) Apresentar novo “**Formulário de Cadastro de Cliente Vital/Sobrevida**” 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 120 (cento e vinte) dias**, se ainda for necessária a manutenção da unidade consumidora/instalação nessa condição especial;

b) Apresentar a qualquer tempo, documentação comprobatória que vier a ser solicitada pela Enel Distribuição Brasil;

c) Informar imediatamente a Enel Distribuição Brasil em caso de mudança de endereço do usuário de equipamento vital, para regularização do cadastro;

d) Comunicar a Enel Distribuição Brasil, caso deixe de fazer uso do equipamento vital ou em qualquer alteração da documentação previamente apresentada;

e) Autorizar a entrada de funcionário da Enel Distribuição Brasil na residência, para verificação das informações declaradas, sempre que requisitado por esta distribuidora.

2 - O responsável pela unidade consumidora/instalação acima identificada, reconhece à Enel Distribuição Brasil 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.

*Eu, (titular da UC/Instalação) \_\_\_\_\_ declaro estar ciente e de acordo com as informações prestadas acima, bem como autorizo a entrada de funcionário da Enel Distribuição Brasil em minha residência para verificação do (s) equipamento (s) descrito (s), sempre que requisitado por essa distribuidora.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_