

**ANEXO II**

**RELATÓRIO / ATESTADO MÉDICO PARA O CADASTRO DOS CONSUMIDORES USUÁRIOS DE EQUIPAMENTOS DE AUTONOMIA LIMITADA, VITAIS À PRESERVAÇÃO DA VIDA HUMANA E DEPENDENTES DE ENERGIA ELÉTRICA**

**Sr. Médico**,

A Resolução Normativa 414/2010 da Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL prevê que a distribuidora deve cadastrar as unidades consumidoras em que existam:

**“Consumidores usuários de equipamentos de autonomia limitada, vitais 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 Roraima Energia S.A para priorização do atendimento, entrega de avisos programados de manutenção na rede elétrica e suspensão de fornecimento por débito.

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 Roraima Energia S.A.

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

* 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 e a condição clínica do usuário atendem a descrição **“Consumidores usuários de equipamentos de autonomia limitada, vitais à preservação da vida humana e dependentes de energia elétrica**”, ou seja, é fundamental que o usuário 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) equipamento(s) vital utilizados:

( ) Concentrador de Oxigênio (aparelho elétrico, com consumo de energia);



**ANEXO II**

**RELATÓRIO / ATESTADO MÉDICO PARA O CADASTRO DOS CONSUMIDORES USUÁRIOS DE EQUIPAMENTOS DE AUTONOMIA LIMITADA, VITAIS À PRESERVAÇÃO DA VIDA HUMANA E DEPENDENTES DE ENERGIA ELÉTRICA**

( ) Ventilador pulmonar mecânico (não marque para inalador ou nebulizador;

( ) CPAP;

( ) BIPAP;

( ) Aspiradores de secreções;

( ) Equipamentos de diálise peritoneal contínua - CAPD;

( ) Equipamento de diálise peritoneal noturna – NIPD;

( ) Equipamento de diálise peritoneal por cicladora – CCPD;

( ) Aparelho de Quimioterapia;

( ) Bomba de perfusão (infusão);

( ) Oxímetro;

( ) Outros\* – especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Obs: \*equipamentos serão avaliados pela aérea médica da empresa de acordo com a patologia e o estado de saúde do paciente, e o cadastro será efetuado após comprovada à necessidade do equipamento de Sobrevida

Equipamento de uso diário (contínuo)? ( ) SIM ( ) NÃO

Horas diárias de uso: \_\_\_\_\_ Prazo estimado de uso do equipamento (Dias)? \_\_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO**

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Usuário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nº NIS \_\_\_\_\_\_\_\_

**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

Descreve 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_.