



## FORMULÁRIO DE CADASTRO CLIENTE VITAL

**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 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 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

- ( ) 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 \_\_\_\_\_.