**Sr. Médico**,

A Resolução Aneel 1000/2010 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”** (Parágrafo único da Seção III; Art. 177, inciso III; Art. 659, inciso VII e Art. 7, 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 1000/2010.

* 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

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