

Sr. Médico,

A Resolução Normativa da Aneel REN nº 1000/2021 prevê que a distribuidora deve cadastrar as unidades consumidoras em que exista:

“Pessoa usuária de equipamentos de autonomia limitada, vitais à preservação da vida humana e dependentes de energia elétrica, mediante comprovação médica” (Art. 6º, parágrafo único; Art. 177 inciso III; Art. 178, Artigo 360 § 3º; Artigo 436 inciso I e Artigo 659 inciso IV.)

Trata-se de situações muito especiais que devem ser identificadas pela Amazonas Energia S/A 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 desligamentos que ocorrem à revelia da Amazonas Energia S.A.

O **uso exclusivo** dos seguintes equipamentos não atende à condição descrita na Resolução Normativa:

- 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) equipamento(s) vital utilizado(s):

- Concentrador de Oxigênio (aparelho elétrico com consumo de energia)
- Ventilador pulmonar mecânico (não marcar para inalador ou nebulizador)
- 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
- BIPAP
- CPAP
- 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 no 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. Autorizo o registro/uso das informações (carimbar e assinar acima com o número do CRM)

Médico: _____

Paciente/Responsável: _____

_____, _____ de _____ de _____.