

**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 Âmbar Energia Amazonas S.A. para priorização do atendimento, entrega de avisos programados de manutenção rede elétrica esuspensão 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 Âmbar Energia Amazonas 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 \_\_\_\_\_.