

	TERMO DE COMPROMISSO - USUÁRIO DE EQUIPAMENTOS ELÉTRICOS ESSENCIAIS À SOBREVIVÊNCIA HUMANA	Nº da conta contrato

DADOS DO CADASTRO			
Titular		Representante legal	
Nome		Nome	
E-mail	Telefone	E-mail	Telefone
CPF	RG	CPF	RG
PORTADOR DA DOENÇA OU DEFICIÊNCIA			
Nome			Nº do NIS

INFORMAÇÕES MÉDICAS	
Nome do (a) médico (a)	Nº do CRM

EQUIPAMENTOS ELÉTRICOS UTILIZADOS NA RESIDÊNCIA (obrigatório para concessão da TSEE)	
Descrição	Nº de horas mensais de utilização (TSEE)
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____
5. _____	5. _____
6. _____	6. _____
7. _____	7. _____
8. _____	8. _____

OBRIGAÇÕES RELACIONADAS AO CONTRATO INFORMADO
<p>Da Empresa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicar ao cliente, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data da interrupção, quando da ocorrência de desligamentos programados; 2. Priorizar o restabelecimento, nos casos de falta de energia, no circuito elétrico onde estão localizadas às unidades cadastradas; 3. Comunicar ao cliente, com 15 (quinze) dias de antecedência, sobre a possibilidade de suspensão do fornecimento nos casos de inadimplência; 4. Informar ao cliente, com 15 (quinze) dias de antecedência, sobre os motivos da perda do benefício da tarifa social; 5. Conceder o benefício da tarifa social, no prazo de 3 (três) dias úteis, quando atendidos os critérios de elegibilidade. <p>Obs.: O benefício somente será concedido após validação das informações prestadas pelo cliente.</p> <p>Do cliente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicar à Empresa, quando cessada a necessidade de utilização do aparelho, para providências de suspensão do cadastramento/benefício; 2. Apresentar nova documentação médica, atestando a necessidade da continuidade do uso do(s) equipamento(s), com 30 (trinta) dias de antecedência do término do prazo da condição; 3. Garantir o livre acesso dos representantes da Empresa quando da realização de visitas para confirmação de dados e/ou de utilização dos equipamentos.

Data ____/____/____	Assinatura do solicitante	Relatório médico válido até: ____/____/____
------------------------	---------------------------	--