



PREFEITURA DE
CATANDUVA
SECRETARIA DE SAÚDE

Protocolo Municipal do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

Catanduva/SP
2021



PREFEITURA DE
CATANDUYA

SECRETARIA DE SAÚDE

Elaborado em 2016 por:

Gabriela Zerbinatti Mismatch Sangalli – Enfermeira – Atenção Básica

Atualizado em 2021

Leandro Faria de Carvalho – Técnico em Enfermagem – Regulação Oxigenoterapia

Camila de Santis Silva – Enfermeira – Departamento Técnico de Saúde

Dra. Izabela Dias Brugugnolli – Médica – Regulação Médica



Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. OBJETIVOS.....	4
3. EQUIPE MULTIDISCIPLINAR.....	5
4. INDICAÇÕES	6
4.1. Oxigenoterapia contínua a longo tempo.....	6
4.2. Oxigenoterapia durante o exercício	6
4.3. Oxigenoterapia noturna.....	6
5. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS AO CADASTRO	8
5.1. Serão considerados critérios de exclusão do programa.....	8
6. FLUXOGRAMA PARA INCLUSÃO E MONITORAMENTO DOS PACIENTES CONTEMPLADOS PELO POD	9
ANEXO I – FORMULÁRIO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR	10
ANEXO II – SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS	11
ANEXO III – RELATÓRIO PARA IMPLANTAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR	12
ANEXO IV – RELATÓRIO DE MONITORAMENTO MENSAL.....	13
ANEXO V – TERMO DE RESPONSABILIDADE	14
ANEXO VI – PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR.....	15
ANEXO VII – TERMO DE RESPONSABILIDADE DE RECUSA DO TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILAR	16
TARIFA SOCIAL DE ENERGIA ELÉTRICA.....	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23



1. INTRODUÇÃO

A insuficiência respiratória crônica costuma ser a fase final de diversas enfermidades respiratórias como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), fibrose pulmonar, graves deformidades torácicas e bronquiectasias adquiridas. Os pacientes que vivem com hipoxemia e, muitas vezes, hipercapnia, apresentam importante comprometimento físico, psíquico e social com deterioração da qualidade de vida, frequentemente de forma importante.

Podemos dizer que, com o objetivo de reduzir a hipóxia tecidual durante as atividades cotidianas, a **Oxigenoterapia Domiciliar (OTD)** aumenta a sobrevivência dos pacientes por melhorar as variáveis fisiológicas e sintomas clínicos; incrementa a qualidade de vida pelo aumento da tolerância ao exercício, diminuindo a necessidade de internações hospitalares, assim como melhora os sintomas neuropsiquiátricos decorrentes da hipoxemia crônica.

Do ponto de vista fisiológico, o uso crônico de O₂ melhora sua oferta para as células, com redução da policitemia secundária. De forma semelhante, alivia o estresse miocárdico da hipoxemia, reduzindo arritmias cardíacas, especialmente durante o sono. Ainda mais, a OD estabiliza, ou pelo menos atenua e alguma vez reverte, a progressão da hipertensão pulmonar e, provavelmente, melhora a fração de ejeção do ventrículo direito.

Do ponto de vista da função pulmonar, existem alguns estudos sugerindo que a mesma pode estabilizar-se com a OTD.

O Programa de Oxigenoterapia Domiciliar do município é uma assistência oferecida aos portadores de enfermidades respiratórias agudas/crônica que **residem no município de Catanduva, sejam usuários do Sistema Único de Saúde - SUS** e que, mediante prescrição médica, acompanhada pela gasometria arterial, está indicado para o uso do tratamento com oxigênio no domicílio. Está baseado na Resolução nº 007/2006 SMS no uso de suas competências regimentais e atribuições na Lei 2708 de 08 de Maio de 1991.



2. OBJETIVOS

1. Melhorar a qualidade de vida de pacientes pneumopata crônico realizando a prevenção e/ou a diminuição da internação hospitalar, resultando na otimização de leitos hospitalares;
2. Dar o direito ao uso desta terapia aos pacientes que dela necessitam;
3. Prolongar a expectativa de vida dos pacientes com insuficiência respiratória;
4. Promover a integração social entre paciente e família;
5. Mantê-lo acompanhado e assistido pela equipe de atenção básica.



3. EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Equipe mínima de Atenção Básica com apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família, composta por médico clínico, enfermagem, psicólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, terapeuta ocupacional, assistente social e educador físico, considerando estado biopsicossocial de cada indivíduo.



4. INDICAÇÕES

A oxigenoterapia domiciliar está indicada para munícipes da cidade de Catanduva/SP, usuários do SUS, com base em dados gasométricos através de saturação arterial de oxigênio e clínicos comprovando hipoxemia, porém quando isolada, não pode ser usada como parâmetro, sendo a prescrição **OTD / Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP)** desaconselhada e necessária, para fins documentais, a gasometria arterial. A mesma deverá ser realizada quando a doença estiver estável com paciente em repouso e sem uso de oxigênio.

Constitui indicação para prescrição de OTD/ODP fluxos de oxigênio baixo, achados laboratoriais e exame físico.

A gasometria arterial deve se enquadrar nos seguintes parâmetros:

- Pressão parcial de oxigênio no sangue arterial igual ou abaixo de 50 mmhg, sendo neste caso o único parâmetro necessário;
- Pressão parcial de oxigênio no sangue arterial estar entre 50 e 55 mmhg e se associar a sinais de cor pulmonale e/ou policitemia secundária à hipoxia (hematócrito acima de 55%).

4.1. Oxigenoterapia contínua a longo tempo

- a) $PO_2 < 55$ mmhg ou $Sa O_2 < 88\%$ em repouso;
- b) PO_2 entre 56 e 59 mmhg ou $Sa O_2 < 89\%$ associado a:
 - Edema por insuficiência cardíaca;
 - Evidencia de cor pulmonale;
 - Hematócrito $> 56\%$.

4.2. Oxigenoterapia durante o exercício

- $PO_2 < 55$ mmhg ou $Sa O_2 < 88\%$ documentada durante o exercício.

4.3. Oxigenoterapia noturna

- a) $PO_2 < 55$ mmhg ou $Sa O_2 < 88\%$ documentada durante o sono;
- b) Queda de saturação $> 5\%$ com sinais e sintomas de hipoxemia (definidos como embotamento do processo cognitivo, fadiga ou insônia).



Vale recordar que é de responsabilidade do médico determinar a necessidade (quantidade de fluxo e horas/dia) e a forma de administração do O₂ (cateter, máscara de nebulização, traqueostomia). Ainda mais, médicos e provedores devem monitorar o uso do O₂. Os médicos podem suspender a prescrição do O₂ baseados em avaliação clínica, juntamente a dados gasométricos. Pacientes contemplados pelo programa mesmo tendo ciência dos benefícios da ODT que se recusarem ao uso e não utilizarem os equipamentos poderão solicitar a retirada dos equipamentos junto a Secretaria de Saúde, assinando termo de responsabilidade.

Fontes de oxigênio disponibilizadas no PPOD da P.M. de Catanduva

Serão disponibilizadas como fontes de oxigênio: concentradores de oxigênio e cilindro de backup (usado para somente em caso de pane do concentrador ou interrupção no fornecimento de energia elétrica).

O concentrador que fornece fluxo de oxigênio até 5 L/m.



5. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS AO CADASTRO

Para efeito de cadastro e seleção ao Programa de Oxigenoterapia Domiciliar (POD) deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Prescrição do Médico Pneumologista através de formulário de solicitação de Oxigenoterapia Domiciliar (Anexo I) encaminhado pelo Hospital de referência através da Alta Qualificada, discriminando a doença pulmonar de base, comorbidades associadas, resultado da gasometria arterial com parâmetros preestabelecidos, data da última internação, tipo de fornecimento de oxigênio e fluxo de oxigênio durante as 24 horas, apresentação da cópia do RG, CPF, cartão SUS e comprovante de endereço (somente de água ou energia elétrica);
- Ficha de Cadastro (Anexo II) devidamente preenchido;
- Relatório para Implantação de Oxigenoterapia Domiciliar preenchido pela Unidade de Saúde (Anexo III).

5.1. Serão considerados critérios de exclusão do programa

- Recebimento de relatório médico informando a alta da oxigenoterapia domiciliar prolongada;
- A persistência do tabagismo, constatada tanto nas visitas domiciliares, quanto nas reavaliações médicas (do programa e do pneumologista que faz o seguimento clínico do paciente);
- Recusa do tratamento pelo paciente.



6. FLUXOGRAMA PARA INCLUSÃO E MONITORAMENTO DOS PACIENTES CONTEMPLADOS PELO POD

1. A Equipe de Saúde, recebendo o formulário de Solicitação de Oxigenoterapia Domiciliar (Anexo I) + Ficha de Cadastro (Anexo II) + documentos (RG, CPF, CNS e comprovante de residência) via e-mail, devidamente preenchido do Hospital solicitante, deverá entrar em contato com o paciente e/ou familiar responsável para agendar visita domiciliar;

2. Durante a visita, o profissional deverá avaliar as condições de moradia e saúde, preencher o Relatório para Implantação de Oxigenoterapia Domiciliar (Anexo III), de responsabilidade da Equipe de A.B. (Atenção Básica), solicitar a cópia dos documentos necessários e realizar as devidas orientações;

3. Em seguida, a UBS/USF confere toda a documentação e encaminha à Central de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde, e se estiver de acordo;

4. O setor de Regulação irá solicitar junto à empresa responsável pelo fornecimento dos equipamentos e materiais e irá informar a Unidade de Saúde da liberação e data da entrega ao paciente contemplado;

5. Após o recebimento do mesmo o paciente e/ou familiar deverá informar a Unidade de Saúde para que receba nova visita domiciliar para demais orientações e assinatura do termo de responsabilidade dos equipamentos fornecidos (Anexo V);

6. Após 90 dias da Alta Hospitalar Qualificada, o paciente deverá se reavaliado pelo serviço público em médico Pneumologista para reavaliar a necessidade da continuação da OTD ou suspensão da prescrição. Além de avaliar a eficácia do tratamento prescrito por meio de exame de gasometria arterial (em ar ambiente), comparando com Oximetria Digital (em uso de OTD) sendo essa $SaO_2 \geq 90\%$. Feito a primeira reavaliação em 90 dias o paciente deverá manter o acompanhamento com o médico Pneumologista a cada 180 dias;

7. A equipe da A.B. deverá realizar visitas domiciliares para monitoramento dos pacientes assistidos (Anexo IV). A Central de Regulação deverá manter controle sobre os pacientes contemplados assim como monitorar o acompanhamento pelas Unidades de Saúde que deverá acontecer pelo menos uma vez ao mês, devolvendo informações pertinentes à Central de Regulação sempre após a visita domiciliar realizada.



ANEXO I – FORMULÁRIO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

Hospital: _____

1. Informações do paciente

Nome: _____

Doença pulmonar: _____ CID 10: _____

Doenças associadas: _____ CID 10: _____

Motivo da última internação: _____

Previsão da alta: _____

2. Tabagismo () Sim () Não

A persistência do tabagismo, constatada tanto nas visitas domiciliares, quanto nas reavaliações médicas (do programa e do pneumologista que faz o seguimento clínico do paciente), será considerado critério de exclusão do programa.

3. Avaliação da Oxigenação

Gasometria Arterial

ANEXAR RESULTADO

Data da realização: _____ / _____ / _____

Ph: _____ PaCO₂: _____ PO₂: _____ SaO₂: _____ % HCO₃: _____ BE: _____

4. Dados da solicitação

Tempo de uso diário: _____ h/dia

Fluxos de oxigênio recomendados:

De dia em repouso:

Ao dormir:

Aos esforços:

_____ L/min

_____ L/min

_____ L/min

5. Dados do médico solicitante

Nome: _____

CRM: _____ Telefone serviços SUS: _____

Observações: _____

Data: _____ / _____ / _____

Carimbo (legível) e assinatura



ANEXO II – SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS

Empresa prestadora:

Razão social:

Compra	Conserto	Demonstração	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros

CONVÊNIO OU ÓRGÃO RESPONSÁVEL:

Dados Cadastrais do Paciente:

Nome do Paciente:		
Idade:	Data de Nascimento:	
RG:	CPF:	
Endereço:		Nº:
Bairro:	CEP:	Cidade/UF: Catanduva/SP
Telefone:	Fax/Cel.:	
E-mail:		
Local de entrega:		
Em caso de emergência/contato:		
Hipótese Diagnóstica:		CID:

Dados da Solicitação:

EQUIPAMENTO SOLICITADO: 01 CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO	
01 CILINDRO DE BACKUP	
Outros:	Cilindro: 8 m ³
Motivo da solicitação:	
Motivo da retirada:	

Dados da Prescrição Médica:

Fluxo:	Horas/dia:	Voltagem do local da instalação: () 110v () 220v	
Via de utilização	() Cateter nasal	() Máscara de Nebulização	() Traqueostomia

Assinatura e carimbo do médico responsável: _____

Observação:		
Data:	Horário da solicitação:	Urgente: () Sim () Não



**ANEXO III – RELATÓRIO PARA IMPLANTAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA
DOMICILIAR**

Unidade de Saúde: (UBS / USF) _____

Data da visita domiciliar: ____ / ____ / ____

1. Informações do paciente:

Nome: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ anos

RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____ nº _____

Diagnóstico: _____ CID 10: _____

Doenças Associadas: _____ CID 10: _____

_____ CID 10: _____

2. Identificação do responsável

Nome: _____ Telefone: _____

Idade: _____ anos Grau de parentesco: _____

Assinatura: _____

3. Condições da Residência do Paciente

Rede de água: () Sim () Não

Rede elétrica: () Sim () Não

Rede de esgoto: () Sim () Não

Voltagem em que será instalado: () 110v () 220v

**4. Compreensão do uso do equipamento de oxigênio fornecido para o
paciente ou familiar**

() Não consegue acompanhar a explicação

() Acompanha a explicação com dificuldade

() Acompanha a explicação

Observações: _____

Profissional responsável pela visita: _____

Carimbo e assinatura



ANEXO IV – RELATÓRIO DE MONITORAMENTO MENSAL

Unidade de Saúde: (UBS / USF) _____

Data da visita domiciliar: ____ / ____ / ____

Nome: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ anos

RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____ nº _____

Telefone: _____ / _____

Prescrição:

a) Fluxo: _____ L/min b) Quantidade de horas/dia: _____

Avaliação Clínica:

Oximetria: Sem O₂ _____ % Com O₂ _____ %

FR: _____ MPM T: _____ °C Pulso: _____ BPM

Vistoria Técnica:

1. Concentrador de Oxigênio

Número de série: _____

Aspecto Geral (Conexões elétricas, limpeza de filtros, umidificador):

Especificar: _____

2. Cilindro Oxigênio Tamanho: () 8m³ () 4m³

Carga de Oxigênio: _____ Kg/cm³ (de 0 = vazio até 200 = completo)

Aspecto Geral (Fluxômetro, umidificador, válvula reguladora de pressão):

Especificar: _____

Assinatura do paciente ou responsável: _____

Observações: _____

Profissional responsável pela visita: _____

Carimbo e assinatura



ANEXO V – TERMO DE RESPONSABILIDADE

UBS / USF: _____

Dados do paciente:

Nome: _____

Cartão SUS: _____ RG: _____

Endereço: _____ nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Telefone: () _____ / () _____

Recebi a visita de profissional da Unidade de Saúde acima citada deste município, o qual fez a solicitação dos seguintes itens à Secretaria de Saúde de Catanduva – Unidade de Regulação, e declaro que os mesmos foram entregues:

- () Concentrador de oxigênio () 110v ou () 220v para uso domiciliar c/ fluxo de 5L/min
- () Cilindro vazio de Oxigênio Gasoso Medicinal 8m³
- () Oxigênio Gasoso Medicinal 8m³
- () Suporte de cilindro para uso domiciliar – conjunto
- () Umidificador Completo para Oxigênio com extensão
- () Regulador de Oxigênio 15L
- () **Cânula Nasal Adulto** ou () **Máscara para Traqueostomia Adulto**
- () **Extensão para Umidificador com kit de Traqueostomia**

Estou ciente de minha inteira responsabilidade na guarda e conservação dos equipamentos fornecidos em forma de comodato, no compromisso assumido de apresentar receitas e relatórios médicos nos prazos estabelecidos, bem como comunicar a Secretaria de Saúde de Catanduva qualquer situação que interrompa o fornecimento ao paciente. Da devolução dos equipamentos em perfeito estado no caso de mudança de município ou ao encerramento do uso. Em caso de roubo, deverei elaborar e apresentar o Boletim de Ocorrência Policial referente ao fato.

Catanduva, _____ de _____ de _____ .

Nome do responsável: _____

Assinatura: _____ CPF: _____

Assinatura e carimbo do responsável pela visita



**ANEXO VI – PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR
FICHA DE REAVALIAÇÃO MÉDICA**

Nome do paciente: _____

Endereço: _____ nº _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Telefone: () _____

Responsável pelo paciente: _____

Médico responsável: _____

Diagnóstico: _____ **CID 10:** _____

Apresenta evidências de cor pulmonale? () Sim () Não

Deve manter o uso de oxigenoterapia domiciliar? () Sim () Não

Fluxo: _____ L/min (dia)

Fluxo: _____ L/min (noite)

Fluxo: _____ L/min (aos esforços)

Tempo de uso: _____ (horas por dia) ou () Somente aos esforços

Via de administração:

() Cateter nasal () Máscara de nebulização () Traqueostomia

Dados da gasometria arterial:

PaO₂ = _____ mmHg **PaCO₂** = _____ mmHg **SaO₂** = _____ %

Saturação de oxigênio com o fluxo prescrito: **SaO₂** = _____ %

FAVOR ANEXAR CÓPIA DE EXAME RECENTE DE GASOMETRIA ARTERIAL

Catanduva, _____ de _____ de _____.

(Assinatura e carimbo do médico)



ANEXO VII – TERMO DE RESPONSABILIDADE DE RECUSA DO TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILAR

INTRODUÇÃO

A insuficiência respiratória crônica costuma ser a fase final de diversas enfermidades respiratórias como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), fibrose pulmonar, graves deformidades torácicas e bronquiectasias adquiridas. Os pacientes que vivem com hipoxemia e, muitas vezes, hipercapnia, apresentam importante comprometimento físico, psíquico e social com deterioração da qualidade de vida, frequentemente de forma importante.

Podemos dizer que, com o objetivo de reduzir a hipóxia tecidual durante as atividades cotidianas, a Oxigenoterapia Domiciliar (OTD) aumenta a sobrevivência dos pacientes por melhorar as variáveis fisiológicas e sintomas clínicos; incrementa a qualidade de vida pelo aumento da tolerância ao exercício, diminuindo a necessidade de internações hospitalares, assim como melhora os sintomas neuropsiquiátricos decorrentes da hipoxemia crônica.

Do ponto de vista fisiológico, o uso crônico de O₂ melhora sua oferta para as células, com redução da policitemia secundária. De forma semelhante, alivia o estresse miocárdico da hipoxemia, reduzindo arritmias cardíacas, especialmente durante o sono. Ainda mais, a OTD estabiliza, ou pelo menos atenua e alguma vez reverte, a progressão da hipertensão pulmonar e, provavelmente, melhora a fração de ejeção do ventrículo direito.

Do ponto de vista da função pulmonar, existem alguns estudos sugerindo que a mesma pode estabilizar-se com a OTD.

O Programa de Oxigenoterapia Domiciliar do município é uma assistência oferecida aos portadores de enfermidades respiratórias agudas/ crônica que residem no município de Catanduva, sejam usuários do Sistema Único de Saúde – SUS e que, mediante prescrição médica, acompanhada pela gasometria arterial, está indicado para o uso do tratamento com oxigênio no domicílio. Está baseado na Resolução nº 007/2006 SMS no uso de suas competências regimentais e atribuições na Lei nº 2708 de 08 de Maio de 1991.



OBJETIVOS

- Melhorar a qualidade de vida de pacientes pneumopata crônico realizando a prevenção e/ou a diminuição da internação hospitalar, resultando na otimização de leitos hospitalares;
- Dar o direito ao uso desta terapia aos pacientes que dela necessitam;
- Prolongar a expectativa de vida dos pacientes com insuficiência respiratória;
- Promover a integração social entre paciente e família;
- Mantê-lo acompanhado e assistido pela equipe de atenção básica.

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que tenho pleno conhecimento dos benefícios acima citados e, por minha livre e espontânea vontade, solicito que retirem os equipamentos a mim fornecidos.

Por ser verdade, firmo o presente.

Catanduva, _____ de _____ de _____.

Nome completo: _____

Assinatura: _____

ANEXAR SOLICITAÇÃO FEITA A PRÓPRIO PUNHO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



TARIFA SOCIAL DE ENERGIA ELÉTRICA
LEI Nº 12.212, DE 20 DE JANEIRO DE 2010

Dispõe sobre a Tarifa Social de Energia Elétrica; altera as Leis nºs 9.991, de 24 de julho de 2000, 10.925, de 23 de julho de 2004, e 10.438, de 26 de abril de 2002; e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A Tarifa Social de Energia Elétrica, criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002, para os consumidores enquadrados na Subclasse Residencial Baixa Renda, caracterizada por descontos incidentes sobre a tarifa aplicável à classe residencial das distribuidoras de energia elétrica, será calculada de modo cumulativo, conforme indicado a seguir:

- I. Para a parcela do consumo de energia elétrica inferior ou igual a 30 (trinta) kWh/mês, o desconto será de 65% (sessenta e cinco por cento);
- II. Para a parcela do consumo compreendida entre 31 (trinta e um) kWh/mês e 100 (cem) kWh/mês, o desconto será de 40% (quarenta por cento);
- III. Para a parcela do consumo compreendida entre 101 (cento e um) kWh/mês e 220 (duzentos e vinte) kWh/mês, o desconto será de 10% (dez por cento);
- IV. Para a parcela do consumo superior a 220 (duzentos e vinte) kWh/mês, não haverá desconto.

Art. 2º A Tarifa Social de Energia Elétrica, a que se refere o art. 1º, será aplicada para as unidades consumidoras classificadas na Subclasse Residencial Baixa Renda, desde que atendam a pelo menos uma das seguintes condições:

- I. Seus moradores deverão pertencer a uma família inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal - CadÚnico, com renda familiar mensal per capita menor ou igual a meio salário mínimo nacional; ou
- II. Tenham entre seus moradores quem receba o benefício de prestação continuada da assistência social, nos termos dos arts. 20 e 21 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.



§ 1º Excepcionalmente, será também beneficiada com a Tarifa Social de Energia Elétrica a unidade consumidora habitada por família inscrita no CadÚnico e com renda mensal de até 3 (três) salários mínimos, que tenha entre seus membros portador de doença ou patologia cujo tratamento ou procedimento médico pertinente requeira o uso continuado de aparelhos, equipamentos ou instrumentos que, para o seu funcionamento, demandem consumo de energia elétrica, nos termos do regulamento.

§ 2º A Tarifa Social de Energia Elétrica será aplicada somente a uma única unidade consumidora por família de baixa renda.

§ 3º Será disponibilizado ao responsável pela unidade familiar o respectivo Número de Identificação Social - NIS, acompanhado da relação dos NIS dos demais familiares.

§ 4º As famílias indígenas e quilombolas inscritas no CadÚnico que atendam ao disposto nos incisos I ou II deste artigo terão direito a desconto de 100% (cem por cento) até o limite de consumo de 50 (cinquenta) kWh/mês, a ser custeado pela Conta de Desenvolvimento Energético - CDE, criada pelo art. 13 da Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002, conforme regulamento.

§ 5º (VETADO)

Art. 3º Com a finalidade de serem beneficiários da Tarifa Social de Energia Elétrica, os moradores de baixa renda em áreas de ocupação não regular, em habitações multifamiliares regulares e irregulares, ou em empreendimentos habitacionais de interesse social, caracterizados como tal pelos Governos municipais, estaduais ou do Distrito Federal ou pelo Governo Federal, poderão solicitar às prefeituras municipais o cadastramento das suas famílias no CadÚnico, desde que atendam a uma das condições estabelecidas no art. 2º desta Lei, conforme regulamento.

Parágrafo único. Caso a prefeitura não efetue o cadastramento no prazo de 90 (noventa) dias, após a data em que foi solicitado, os moradores poderão pedir ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome as providências cabíveis, de acordo com o termo de adesão ao CadÚnico firmado pelo respectivo Município.

Art. 4º O Poder Executivo, as concessionárias, permissionárias e autorizadas de serviços e instalações de distribuição de energia elétrica deverão informar a todas as famílias inscritas no CadÚnico que atendam às condições estabelecidas



nos incisos I ou II do art. 2º desta Lei o seu direito à Tarifa Social de Energia Elétrica, nos termos do regulamento.

Parágrafo único. O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e a Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL deverão compatibilizar e atualizar a relação de cadastrados que atendam aos critérios fixados no art. 2º desta Lei.

Art. 5º Sob pena da perda do benefício, os cadastrados na Tarifa Social de Energia Elétrica, quando mudarem de residência, deverão informar o seu novo endereço para a distribuidora de energia elétrica, que fará as devidas alterações, comunicando à Aneel.

Art. 6º Quando solicitado e desde que tecnicamente possível, as distribuidoras de energia elétrica deverão instalar medidores de energia para cada uma das famílias que residam em habitações multifamiliares regulares e irregulares de baixa renda.

Parágrafo único. A Aneel regulamentará a aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica para moradores de habitações multifamiliares regulares e irregulares de baixa renda onde não for tecnicamente possível a instalação de medidores para cada uma das famílias residentes.

Art. 7º As unidades consumidoras atualmente classificadas na Subclasse Residencial Baixa Renda, nos termos da Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002, e que não atendam ao que dispõem os incisos I ou II do art. 2º desta Lei deixarão de ter direito ao benefício da Tarifa Social de Energia Elétrica.

§ 1º A Aneel definirá os procedimentos necessários para, dentro do prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, contado a partir da entrada em vigência desta Lei, excluir do rol dos beneficiários da Tarifa Social de Energia Elétrica as unidades consumidoras a que se refere o caput.

§ 2º A inclusão de novas unidades consumidoras que atendam aos critérios de elegibilidade dos incisos I ou II do art. 2º desta Lei só poderá ser feita a partir de 180 (cento e oitenta) dias da data de sua entrada em vigor, exceto para os indígenas e quilombolas de que trata o § 4º do art. 2º desta Lei.

Art. 8º As concessionárias, permissionárias e autorizadas de serviços e instalações de distribuição de energia elétrica deverão discriminar nas faturas de seus consumidores os valores dos tributos e encargos incidentes sobre as tarifas de energia elétrica, conforme regulamento da Aneel.



Parágrafo único. Nas faturas de energia elétrica enviadas às unidades consumidoras beneficiadas pelos descontos previstos no art. 1º desta Lei deverá constar, em destaque, no canto superior direito, que a Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Art. 9º Os critérios para a interrupção do fornecimento de energia elétrica por falta de pagamento pelas unidades consumidoras beneficiadas pela Tarifa Social de Energia Elétrica, bem como o parcelamento da dívida, deverão ser objeto de resolução emitida pela Aneel.

Art. 10. O Poder Executivo poderá vincular a concessão do benefício tarifário, quando cabível, à adesão da unidade consumidora de baixa renda a programas de eficiência energética.

Art. 11. O art. 1º da Lei nº 9.991, de 24 de julho de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 1º

I - até 31 de dezembro de 2015, os percentuais mínimos definidos no caput deste artigo serão de 0,50% (cinquenta centésimos por cento), tanto para pesquisa e desenvolvimento como para programas de eficiência energética na oferta e no uso final da energia;

.....

III - a partir de 1º de janeiro de 2016, para as concessionárias e permissionárias cuja energia vendida seja inferior a 1.000 (mil) GWh por ano, o percentual mínimo a ser aplicado em programas de eficiência energética no uso final poderá ser ampliado de 0,25% (vinte e cinco centésimos por cento) para até 0,50% (cinquenta centésimos por cento);

.....

V - as concessionárias e permissionárias de distribuição de energia elétrica deverão aplicar, no mínimo, 60% (sessenta por cento) dos recursos dos seus programas de eficiência para unidades consumidoras beneficiadas pela Tarifa Social.

Parágrafo único. (VETADO)” (NR)

Art. 12. Os arts. 1º e 3º da Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 1º



§ 1º O rateio dos custos relativos à contratação de capacidade de geração ou potência (kW) referidos no caput não se aplica ao consumidor beneficiado pela Tarifa Social de Energia Elétrica, integrante da Subclasse Residencial Baixa Renda

.....” (NR)

“Art. 3º.....

I -

c) o valor pago pela energia elétrica adquirida na forma deste inciso, os custos administrativos e financeiros e os encargos tributários incorridos pela Eletrobrás na contratação serão rateados, após prévia exclusão do consumidor beneficiado pela Tarifa Social de Energia Elétrica, integrante da Subclasse Residencial Baixa Renda, entre todas as classes de consumidores finais atendidas pelo Sistema Elétrico Interligado Nacional, proporcionalmente ao consumo verificado;

II -

i) o valor pago pela energia elétrica adquirida na forma deste inciso, os custos administrativos e financeiros e os encargos tributários incorridos pela Eletrobrás na contratação serão rateados, após prévia exclusão do consumidor beneficiado pela Tarifa Social de Energia Elétrica, integrante da Subclasse Residencial Baixa Renda, entre todas as classes de consumidores finais atendidas pelo Sistema Elétrico Interligado Nacional, proporcionalmente ao consumo verificado.

.....” (NR)

Art. 13. (VETADO)

Art. 14. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 15. Ficam revogados os §§ 5º, 6º e 7º do art. 1º da Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Brasília, 20 de janeiro de 2010; 189º da Independência e 122º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Luiz Paulo Teles Ferreira Barreto

Guido Mantega

Edison Lobão

Luís Inácio Lucena Adams

Este texto não substitui o publicado no DOU de 21.1.2010



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diretrizes do Programa Pulmão Paulistano e de Oxigenoterapia Domiciliar. Diretrizes do Programa Pulmão Paulistano e de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) – Secretaria Municipal da Saúde – São Paulo, 2010.
2. Gabinete do Ministro. Lei 12.212, de 20 de janeiro de 2010. Brasília, 2010.