



## REGISTO DE CLIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS/ CLIENTES PRIORITÁRIOS

### Identificação

Nome: \_\_\_\_\_

Código de Ponto de Entrega (CPE) : \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

### Dados para Contacto (Mencione, se pretender, o contacto de 2 pessoas)

1º. pessoa para contacto: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

2º. pessoa para contacto: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Meio preferido para tomar conhecimento prévio de eventuais interrupções no fornecimento de energia elétrica:

Telefone  Outro: \_\_\_\_\_

### Tipo de Incapacidade

- Limitação visual  Limitação auditiva  Limitação comunicação  oral  
 Dependência de equipamentos médicos cujo funcionamento é assegurado pela rede elétrica e imprescindíveis à sobrevivência ou mobilidade e pessoas que coabitem com estas

### Tipo de Equipamentos

Cadeira de rodas  Ventiladores  Equipamento de diálise  Outros \_\_\_\_\_

Tempo de autonomia do equipamento \_\_\_\_\_ horas

### Tipo de Cliente Prioritário (apenas para clientes Prioritários)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Instalações Hospitalares, centros de saúde e equiparadas  | <input type="checkbox"/> Forças de Segurança e Instalações de segurança nacional  |
| <input type="checkbox"/> Instalações penitenciárias                                | <input type="checkbox"/> Proteção Civil   |
| <input type="checkbox"/> Bombeiros   | <input type="checkbox"/> Clientes dependentes de equipamentos médicos cujo funcionamento é assegurado pela rede elétrica e que coabitem com estes |
| <input type="checkbox"/> Equip. dedicados à Seg. e gestão tráfego marítimo e aéreo |   |

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

**Nota:** No caso de cliente com necessidades especiais, anexar: Declaração médica a atestar as circunstâncias em que se encontra o Cliente com Necessidades Especiais;