



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 Cliente com Necessidades Especiais

Limitação visual Limitação auditiva Limitação comunicação oral

A limitação indicada é: limitação temporária * limitação permanente

*No caso de limitação temporária o registo do cliente tem a validade de um ano, devendo ser renovado caso se mantenha a situação que justificou a sua aceitação.

Tipo de Cliente Prioritário

Instalações Hospitalares, centros de saúde ou entidades que prestem serviços equiparados

Instalações penitenciárias

Bombeiros

Equip. dedicados à segurança e gestão do tráfego marítimo ou aéreo

Forças de Segurança

Instalações de segurança nacional

Proteção Civil

Clientes para os quais a sobrevivência ou a mobilidade dependam de equipamentos médicos cujo funcionamento é assegurado pela rede elétrica e clientes que coabitem com pessoas nestas condições

Data ___/___/_____ Assinatura _____

Nota: No caso de cliente com necessidades especiais, anexar documentos comprovativos de situação invocada.