



## Registo de Cliente com Necessidades Especiais

### Identificação

Nome \_\_\_\_\_  
Código Identificação Local \_\_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_

### Dados para Contacto

Mencione, se pretender, o contacto de 2 pessoas

#### 1ª Pessoa para contacto

Telefone \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

#### 2ª Pessoa para contacto

Telefone \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Meio preferido para tomar conhecimento prévio de eventuais interrupções no fornecimento de energia eléctrica \_\_\_\_\_

Outro \_\_\_\_\_

### Tipo de Incapacidade

Deficiência Motora

Deficiência Visual

Deficiência Auditiva

Dependência de equipamentos médicos imprescindíveis à sobrevivência

A limitação indicada é: Limitação temporária Limitação permanente

### Tipo de Equipamentos

Cadeira de Rodas

Ventiladores

Equipamento de Diálise

Outros

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

Data \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

### Declaração Médica

É favor preencher a Declaração Médica que ateste as circunstâncias em que se encontra o Cliente

\_\_\_\_\_, médico, portador da

Cédula Profissional nº \_\_\_\_\_ emitida em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, pela \_\_\_\_\_

atesta que o(a) Sr(a) \_\_\_\_\_, residente em \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, Freguesia de \_\_\_\_\_ Concelho de \_\_\_\_\_

nascido a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ em \_\_\_\_\_ Portador do B.I./C.C. Nº \_\_\_\_\_

válido até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ pelo Arquivo de Identificação de \_\_\_\_\_ e do Nº Fiscal \_\_\_\_\_

é portador de deficiência \_\_\_\_\_

e/ou necessita, para sua sobrevivência, de meios auxiliares de apoio à vida, reflectido no equipamento de suporte \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, o qual é alimentado por energia eléctrica.

Data \_\_\_\_\_

Por ser verdade assino a presente declaração \_\_\_\_\_