

## REGISTO DE CLIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

### Identificação:

Nome:

Número de Contrato:

Morada:

Código Postal:

Localidade:

### Dados para Contacto:

Mencione, se pretender, o contacto de 2 pessoas

1ª Pessoa para contacto

Telefone                      Telemóvel                      Fax                      Email

2ª Pessoa para contacto

Telefone                      Telemóvel                      Fax                      Email

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

Telefone                       Outro

### Tipo de Incapacidade:

Cadeira de rodas                       Ventiladores

Equipamento de Diálise                       Outros

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

### **São Clientes com Necessidades Especiais.**

- a) Clientes com limitações no domínio da visão - cegueira total ou hipovisão;
- b) Clientes com limitações no domínio da audição - surdez total ou hipoacusia;
- c) Clientes com limitações no domínio da comunicação oral;
- d) Clientes para os quais a sobrevivência ou a mobilidade dependam de equipamentos cujo funcionamento é assegurado pela rede eléctrica;
- e) Clientes que coabitem com pessoas nas condições da alínea anterior.

Data \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_