

**Identificação**

Nome \_\_\_\_\_

Número de Consumidor \_\_\_\_\_

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 elétrica \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Outro \_\_\_\_\_

**Tipo de Incapacidade**

Deficiência Motora       Deficiência Visual       Deficiência Auditiva

Dependência de equipamentos médicos imprescindíveis à sobrevivência

**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 n.º \_\_\_\_\_ emitida em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, pela \_\_\_\_\_

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

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

nascido a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ em \_\_\_\_\_ Portador do B.I. N.º \_\_\_\_\_

emitido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ pelo Arquivo de Identificação de \_\_\_\_\_ e do N.º 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 \_\_\_\_\_