

Registo de Clientes com Necessidades Especiais

Identificação do cliente

Nome

Código Universal da Instalação (CUI)

Morada

Código Postal Localidade

Identificação da pessoa com necessidades especiais

Cliente Familiar

Tipo de incapacidade

Limitações no domínio da visão -
cegueira total ou hipovisão

Limitações no domínio da audição -
surdez total ou hipoacusia

Limitações no domínio da
comunicação oral

Limitações no domínio do olfato que impossibilitem a deteção da presença de gás natural

Dados para contacto

Telefone Telemóvel e-mail

2ª Pessoa para contacto

Telefone Telemóvel e-mail

Data

Assinatura

Declaração Médica

É favor preencher a Declaração Médica que ateste as circunstâncias em que se encontra o Cliente / Familiar do 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./CC Nº _____

emitido em / / pelo Arquivo de Identificação de _____ e do Nº Fiscal _____

é portador de deficiência _____

Por ser verdade assino a presente declaração

Data

Vinheta do
médico