

## 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