

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

1ª Pessoa 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 _____

Os dados constantes neste formulário e nos documentos entregues para comprovação da situação invocada são recolhidos e tratados pela EDP Gás Serviço Universal, S.A. para efeitos de registo como cliente com necessidades especiais, adoção de medidas adequadas a essas necessidades e comunicação ao operador de rede de distribuição, conforme disposto no Regulamento da Qualidade de Serviço do Setor Elétrico e do Setor de Gás Natural. O tratamento dos dados pessoais é efetuado nos termos descritos nas Condições Gerais do Contrato de Energia.

Por ser verdade assino a presente declaração

Data _____

Vinheta do
médico