

Considera-se Cliente com necessidades especiais:

- Cliente com limitações no domínio da visão — cegueira total ou hipovisão;
  - Cliente com limitações no domínio da audição — surdez total ou hipoacusia;
  - Cliente com limitações no domínio da comunicação oral;
  - Cliente com limitações no domínio do olfato que impossibilitem a deteção da presença de gás natural ou clientes que tenham no seu agregado familiar uma pessoa com esta deficiência.
- Neste caso, o ORD deve instalar e manter operacionais equipamentos que permitam a deteção e sinalização de fugas de gás.

Para realização do registo é necessário o preenchimento do presente formulário e a apresentação de declaração médica que ateste as circunstâncias em que se encontra o Cliente.

O formulário deverá ser integralmente preenchido, assinado enviado por e-mail para o endereço eletrónico comercial@iberdrola.pt, por correio para IBERDROLA CLIENTES PORTUGAL UNIPESSOAL, LDA. - Apartado 12011, EC PICOAS, 1061-001 Lisboa ou entregue nos nossos Pontos de Apoio ao Cliente.

**1. CLIENTE**

NOME

N.º FISCAL

REF. CONTRATO(S)

CÓDIGO PONTO DE ENTREGA / CÓDIGO UNIVERSAL DA INSTALAÇÃO 1 (CPE/CUI 1)

CÓDIGO PONTO DE ENTREGA / CÓDIGO UNIVERSAL DA INSTALAÇÃO 2 (CPE/CUI 2)

CÓDIGO PONTO DE ENTREGA / CÓDIGO UNIVERSAL DA INSTALAÇÃO 3 (CPE/CUI 3)

CÓDIGO PONTO DE ENTREGA / CÓDIGO UNIVERSAL DA INSTALAÇÃO 4 (CPE/CUI 4)

**DADOS PARA CONTACTO**

1ª PESSOA DE CONTACTO

TELEFONE  TELEMÓVEL  FAX

EMAIL

2ª PESSOA DE CONTACTO

TELEFONE  TELEMÓVEL  FAX

EMAIL

Meio preferido para tomar conhecimento prévio de eventuais interrupções no fornecimento de energia elétrica/gás natural:

TELEMÓVEL  TELEFONE  E-MAIL  FAX

**TIPO DE INCAPACIDADE**

LIMITAÇÕES NO DOMÍNIO DA VISÃO  LIMITAÇÕES NO DOMÍNIO DA AUDIÇÃO  LIMITAÇÕES NO DOMÍNIO DA COMUNICAÇÃO ORAL  LIMITAÇÕES NO DOMÍNIO DO OLFATO

**TIPO DE EQUIPAMENTO**

CADEIRA DE RODAS  VENTILADORES  EQUIPAMENTO DE DIÁLISE  OUTROS

Sem prejuízo dos direitos conferidos, o Cliente com Necessidades Especiais deverá tomar medidas de precaução adequadas à sua situação, nomeadamente no que se refere a sistemas de alimentação de socorro ou de emergência.

Assinado em \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

CLIENTE,

Ass.: \_\_\_\_\_

BI nº: \_\_\_\_\_

**2. DECLARAÇÃO MÉDICA**

Eu, \_\_\_\_\_, médico, portador da Célula Profissional nº \_\_\_\_\_, emitida em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, pela \_\_\_\_\_ atesta que o(a) Sr(a) \_\_\_\_\_ residente em \_\_\_\_\_ nascido(a) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, em \_\_\_\_\_ Portador do B.I./C.C. nº \_\_\_\_\_ válido até \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ e do Nº Fiscal \_\_\_\_\_ é portador de deficiência \_\_\_\_\_, e/ou necessita, para a sua sobrevivência ou mobilidade, de equipamento cujo funcionamento é assegurado pela rede elétrica/gás.

Assinado em \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

POR SER VERDADE ASSINO A PRESENTE DECLARAÇÃO.

O(A) MÉDICO(A),

Ass.: \_\_\_\_\_