

**IDENTIFICAÇÃO
TITULAR
CONTRATO**

Nome

Telefone

Email

N.º doc. de identificação: B.I./Cartão do Cidadão/Passaporte
(riscar as opções não utilizadas)

N. I. F (número de identificação fiscal)

☐ Se o requisitante do registo for diferente do titular de contrato, favor assinalar com uma cruz.
Preencher os dados de identificação do requisitante:

Nome

Telefone

Email

N. I. F (número de identificação fiscal)

**LOCAL
DE
FORNECIMENTO**

CUI: N.º que consta na sua fatura

P T

Morada de Fornecimento

Código Postal

Localidade

**LIMITAÇÃO
ESPECIAL**
☐ Permanente

☐ Temporária

Nota: Se a limitação for temporária, o registo tem validade de um ano, devendo ser renovado ao fim desse período caso se mantenha a situação que justificou a sua aceitação.

Tipo de limitação:

☐ Visão (cegueira total ou hipovisão)

☐ Audição (surdez total ou hipoacusia)

☐ Comunicação Oral

☐ Olfacto (ou Cliente que tenha no seu agregado familiar pessoa com esta limitação)

Necessário anexar DECLARAÇÃO MÉDICA ou solicitar ao Médico o preenchimento da declaração abaixo
Caso não disponha de declaração médica que ateste o tipo de limitação especial, solicite ao seu médico que preencha e assine a seguinte declaração:

_____, médico, portador da Cédula Profissional nº _____ emitida em ____ / ____ / ____, pela _____ atesta que o(a) Sr(a) _____, residente em _____ nascido a ____ / ____ / ____ em _____ portador do documento de Identificação _____ com o nº _____ emitido por _____ em _____ e com o número fiscal _____, é portador de incapacidade _____.

Data ____ / ____ / ____ (ano) (mês) (dia) _____ (Assinatura)

(Assinatura do Titular do Contrato ou representante, conforme documento de identificação)

Data ____ / ____ / ____ (ano) (mês) (dia)

**RESERVADO
AOS SERVIÇOS**

Identificação do Canal de Atendimento Comercial

(Assinatura)

Data ____ / ____ / ____ (ano) (mês) (dia)