

Registo de clientes com necessidades especiais

Este registo é voluntário e da exclusiva responsabilidade dos clientes. Caso a limitação seja temporária, o registo tem a validade de 1 ano. Se a situação se mantiver, o registo deverá ser renovado pelo cliente ao fim desse período. Deve entregar este documento corretamente preenchido e assinado conforme o Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade, juntamente com uma declaração médica (pode utilizar o exemplo no final deste formulário), numa loja ou agente Goldenergy, ou enviar estes documentos através do e-mail goldenergy@goldenergy.pt ou por correio para a Quinta do Almor, Fraga de Almotelia Loja 4, R/C B, 5000-061 Vila Real.

Dados de identificação do titular

* Nome

* Morada

* Código Postal * Localidade

* Código Ponto de Entrega (CPE)

* Código Universal de Instalação (CUI)

Dados para Contacto – se pretender mencione o contacto de duas pessoas

* Nome da 1ª Pessoa de contacto

* Telefone * Telemóvel * Fax

* Email

* Nome da 2ª Pessoa de contacto

* Telefone * Telemóvel * Fax

* Email

* Meio Preferido para tomar conhecimento prévio de eventuais interrupções no fornecimento de energia elétrica
 Telefone Telemóvel Email Fax Outro

Indique o tipo de limitação

<p>* Eletricidade</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Visão (Cegueira total ou Hipovisão)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Audição (Surdez total ou Hipoacusia)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Comunicação Oral</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Motora (dependente de equipamento, como cadeira de rodas, cujo funcionamento é assegurado pela rede elétrica)</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Dependência de equipamento médico para sobrevivência, cujo funcionamento é assegurado pela rede elétrica (titular ou membro do agregado familiar).</p> <p>A limitação indicada é: <input type="checkbox"/> Temporária <input type="checkbox"/> Permanente</p>	<p>* Gás Natural</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Visão (Cegueira total ou Hipovisão)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Audição (Surdez total ou Hipoacusia)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Comunicação Oral</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Olfativas – Impossibilidade de deteção da presença de gás natural (titular ou membro do agregado familiar)</p>
--	---

Tipo de equipamento – Se indicou a opção 5 no quadro anterior

Ventiladores Equipamento de Diálise Outros Tempo de autonomia equipamento horas

Data ____ - ____ - ____ Assinatura do cliente _____

Declaração médica

É favor preencher a declaração médica que ateste as circunstâncias em que se encontra o cliente.

Eu _____ 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 BI/CC _____ válido até ____/____/____ e do Número de Identificação Fiscal _____, é portador de incapacidade _____ e/ou necessita, para sua sobrevivência, de meios auxiliares de apoio à vida, refletido no equipamento de suporte _____, o qual é alimentado por energia elétrica.

Data ____ - ____ - ____

Por ser verdade assino a presente declaração

(assinatura do Médico + Vinheta)