



IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE EDA	
NOME	_____
CÓDIGO ID DO LOCAL DE CONSUMO	_____ (código constante na fatura)
MORADA	_____
LOCALIDADE	_____
CÓDIGO POSTAL	_____ - _____

DADOS PARA CONTATO	
1ª PESSOA PARA CONTATO _____	
TELEFONE	_____
TELEMOVEL	_____
FAX	_____
EMAIL	_____
2ª PESSOA PARA CONTATO _____	
TELEFONE	_____
TELEMOVEL	_____
FAX	_____
EMAIL	_____
MEIO PREFERENCIAL PARA CONTATO	
TELEFONE	_____
TELEMOVEL	_____
FAX	_____
EMAIL	_____
OUTROS _____	

TIPO DE INCAPACIDADE	
Deficiência motora	<input type="checkbox"/>
Deficiência visual	<input type="checkbox"/>
Limitação Comunicação Oral	<input type="checkbox"/>
Deficiência auditiva	<input type="checkbox"/>
Dependência de equipamentos médicos imprescindíveis à sobrevivência	<input type="checkbox"/>
TIPO DE EQUIPAMENTOS	
Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/>
Ventiladores	<input type="checkbox"/>
Equipamento de diálise	<input type="checkbox"/>
Outros	_____

ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA

Anexar Declaração Médica que ateste o tipo de incapacidade e/ou a necessidade de meios auxiliares de apoio à vida alimentados por energia elétrica.

_____, ____ de _____ 20 ____