



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.

DADOS DO TITULAR DO CONTRATO

Nome Completo					NIF		
Doc. de Identificação	<input type="checkbox"/> Cartão de Cidadão	<input type="checkbox"/> Bilhete de Identidade	<input type="checkbox"/> Passaporte	<input type="checkbox"/> Outro			
Morada							
Código Postal		-		Localidade		Concelho	
Telefone			Telemóvel			Email	
CPE						(Código de Ponto de Entrega)	
CUI						(Código Universal de Instalação)	

DADOS PARA CONTACTO

1ª Pessoa de Contacto						
Telefone		Telemóvel		Email		
2ª Pessoa de Contacto						
Telefone		Telemóvel		Email		

Meio preferencial de contacto para eventuais interrupções no fornecimento de energia elétrica Telefone Telemóvel Email

TIPO DE LIMITAÇÃO

- | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|--|--------------------|--------------------------|--|
| Eletricidade | <input type="checkbox"/> | 1. Visão (Cegueira total ou Hipovisão) | Gás Natural | <input type="checkbox"/> | 1. Visão (Cegueira total ou Hipovisão) |
| | <input type="checkbox"/> | 2. Audição (Surdez total ou Hiopacusia) | | <input type="checkbox"/> | 2. Audição (Surdez total ou Hiopacusia) |
| | <input type="checkbox"/> | 3. Comunicação Oral | | <input type="checkbox"/> | 3. Comunicação Oral |
| | <input type="checkbox"/> | 4. Motora (dependente de equipamento, como cadeira de rodas, cujo funcionamento é assegurado pela rede elétrica) | | <input type="checkbox"/> | 4. Olfativas (impossibilidade de deteção da presença de gás natural, pelo titular ou membro do agregado familiar) |
| | <input type="checkbox"/> | 5. Dependência de equipamento médico para sobrevivência , cujo funcionamento é assegurado pela rede elétrica (titular ou membro do agregado familiar) | | | |

A limitação indicada é Temporária Permanente

TIPO DE EQUIPAMENTO (Se indicou a opção 5 no quadro supra)

Ventiladores Equipamento de Diálise Outros Tempo de autonomia do equipamento horas

Considera-se **Cliente com necessidades especiais**:

- 1) Cliente com limitações no domínio da visão - cegueira total ou hipovisão;
- 2) Cliente com limitações no domínio da audição - surdez total ou hipoacusia;
- 3) Cliente com limitações no domínio da comunicação oral;
- 4) 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 apresentação de declaração médica que ateste as circunstâncias em que se encontra o Cliente.

Todos os campos têm que ser preenchidos OBRIGATORIAMENTE. 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), enviar estes documentos através do e-mail apoiocliente@jafplus.pt ou por correio registado dirigido a JAFPlus, para a seguinte morada: Rua 13 de Maio, n.º 1297, Rendufe, 4800-530 Guimarães.

Em		
Data	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	D D / M M / A A A A	
N.º CC	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	D D / M M / A A A A	

Assinatura do Titular do Contrato
(conforme BI / CC)



DECLARAÇÃO MÉDICA

Eu _____ médico, portador da cédula profissional

n.º _____, 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 NIF _____, é portador de incapacidade _____

e/ou necessita, para a sua sobrevivência ou mobilidade, do(s) equipamento(s) de apoio à vida, cujo funcionamento é assegurado por energia elétrica:

Por ser verdade assino a presente declaração:

Em _____

Data ____ / ____ / ____
D D M M A A A A

Assinatura do Médico + Vinheta