



- Pedido de Ligação em Baixa Tensão
- Pedido de Alteração de Nome em Baixa Tensão
- Pedido de Alteração de Potência
- Pedido de Alteração de Tarifa

Cópia ao DT em:

___/___/___

(Rubrica)

Recebido do DT em:

___/___/___

(Rubrica)

Dados do Cliente

CPE**:

PT**:

Nome			
Morada	Rua		
	Lugar		
	Localidade		
	Cód.Postal		

Cartão Cidadão / B.I. nº _____ válido até/ emitido em ____ / ____ / ____ do A.I.

Contribuinte nº _____ Telefone: _____

E-mail : _____

Dados do Prédio**Tipo de Instalação*:**

Vivenda Unifamiliar	<input type="checkbox"/>
Edifício Colectivo	<input type="checkbox"/>
Indústria	<input type="checkbox"/>
Outro:	<input type="checkbox"/>

Nº. Caderneta Predial:

Local da Instalação:

Morada:	_____
Lugar:	_____
Código Postal:	_____
Freguesia:	_____

Dados de Instalação**Tipo de Ligação*:**

Ramal Monofásico	<input type="checkbox"/>
Ramal Trifásico	<input type="checkbox"/>

Ciclos *:

Ciclo Diário	<input type="checkbox"/>
Ciclo Semanal	<input type="checkbox"/>

Tarifas *:

Simplex	<input type="checkbox"/>
Bi-horária	<input type="checkbox"/>
Sazonal	<input type="checkbox"/>
Tri-horária (<=20,7KVA)	<input type="checkbox"/>
Tri-horária (>20,7KVA)	<input type="checkbox"/>
Tetra-horária (>41,4KVA)	<input type="checkbox"/>

Potência Requisitada*:

_____	_____	KVA
-------	-------	-----

Potência Requisitada (Monofásica)

5 Amp	1,15 kVA	<input type="checkbox"/>
10 Amp	2,30 kVA	<input type="checkbox"/>
15 Amp	3,45 kVA	<input type="checkbox"/>
20 Amp	4,60 kVA	<input type="checkbox"/>
25 Amp	5,75 kVA	<input type="checkbox"/>
30 Amp	6,90 kVA	<input type="checkbox"/>
45 Amp	10,35 kVA	<input type="checkbox"/>
60 Amp	13,80 kVA	<input type="checkbox"/>

Potência Requisitada (Trifásica)

5 Amp	3,45 kVA	<input type="checkbox"/>
10 Amp	6,90 kVA	<input type="checkbox"/>
15 Amp	10,35 kVA	<input type="checkbox"/>
20 Amp	13,80 kVA	<input type="checkbox"/>
25 Amp	17,25 kVA	<input type="checkbox"/>
30 Amp	20,70 kVA	<input type="checkbox"/>

Observações:**

* assinale com um x os dados pretendidos

** a preencher pelo distribuidor

Nota: todos os dados constantes no verso, serão preenchidos pelo distribuidor

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do cliente

Rua Dr. Sá Carneiro, nº830 – 3720-062 Loureiro OAZ - Tel.: 256 692 318 / 256 698 140 - N.I.F. 501 109 439

Web: www.celoureiro.com Email: celoureiro@celoureiro.com

Capital Social Variável – Mat. Cons. Reg. Comercial de Oliveira de Azeméis sob o nº12/970407 – Cooperativa nº 8 Fls. 43 v. do livro C-1

Data de Execução: ___/___/_____

Categoria: Habitação Obras em Construção Poço de Rega

Indústria Comércio Outras

Nº Contador: _____

Ano de Contador: _____

Marca do contador : Landis & Gyr Sagemcom ZIV Itron Actaris _____

Modelo: _____

Tipo: Eletromecânico Estático Telecontagem

Leituras de entrada:

CH / FVA _____

PO _____

VA _____

SVA _____

Totalizador _____

Leituras de saída:

CH / FVA _____

PO _____

VA _____

SVA _____

Totalizador _____

Nº. Selo: _____

Contador de Saída Nº: _____

Marca: _____

Modelo: _____

Nº. Selo caixa seccionamento: _____

Ano: _____

Intervenção: _____

Nº Disjuntor: _____ Ano: _____ Potência: _____

Marca Disjuntor: Merlim Gerin Actaris Gardy Regul. Schlum _____

Nº Disjuntor de saída: _____ Ano: _____ Marca: _____

Nº. Selo: _____ ; _____ ;

Dep. Técnico _____ Dep. Administrativo _____