

A preencher pelos serviços



N.º Registo: 3

Data: 19 / 09 / 2022

Anexo II
FORMULÁRIO DE PEDIDO DE APOIO

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome / Designação Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

NPC/NIF 5 0 8 3 3 8 4 7 6

BI/CC*

N.º Registo
BDAA 1 1 0

*A preencher por pessoas singulares

Morada Avenida do Brasil, nº 53

Código Postal 1 7 4 9 0 0 2 Localidade Lisboa

Telefone 217917000

Telemóvel 966468160

Fax

E-mail producao.gtt@gmail.com

Contacto Preferencial / Função Isabel Cristina Calheiros - Responsável do GTT

II. APOIO

Área de apoio do pedido Social Cultural Desportiva Recreativa Outra

Tipo(s) de apoio a que se refere o pedido

- Apoio financeiro à atividade com vista à continuidade ou incremento de projetos
- Apoio financeiro para obras de construção, conservação ou beneficiação de instalações
- Apoio financeiro na aquisição de equipamentos sociais, desportivos, culturais, recreativos ou outros
- Apoio não financeiro: Transporte de utente e técnicos para Almada, ida e volta

Anexo II - (CONTINUAÇÃO)
 FORMULÁRIO DE PEDIDO DE APOIO

II. DOCUMENTOS EM ANEXO

- Descrição dos projetos ou atividades, objetivos a atingir, meios humanos e identificação das fontes de apoio financeiro, patrimonial e logístico
- Orçamento discriminado
- Cronograma financeiro
- Cronograma de execução física
- Descrição da experiência similar em projetos idênticos
- Filiação de atividades e contas referentes ao último exercício económico e respetiva ata de aprovação
- Indicação dos apoios recebidos no âmbito do objeto do pedido e respetivas datas
- Declaração sob compromisso de honra quanto à não condenação nos tribunais por factos relativos à prossecução dos seus objetivos
- Declaração sob compromisso de honra que o apoio solicitado se destina, exclusivamente aos projetos ou atividades objeto do pedido de apoio
- Outros

Outros documentos em anexo: Descrição do pedido de transporte

III. ATENÇÃO ÀS ENTIDADES

Atenção da Inspeção Bivocária

Faturação Bivocária

Outros

Confirmação da Inspeção Bivocária

(Data, carimbo e assinatura)

IV. REPRESENTANTES

Representantes Legais

Nome: Dr.ª Teresa Maria da Silva Sustelo de Freitas	Função: Presidente	BVCC nº: [REDACTED]
Nome: Dr.ª Maria Fernanda Moreira dos Santos Silva	Função: Vogal Executiva	BVCC nº: [REDACTED]
Nome: Dr.ª Teresa Isabel Lousada Brito Mota	Função: Diretora Clínica	BVCC nº: [REDACTED]

Pessoas Singulares

Data

Assinatura e carimbo

Maria Fernanda Moreira dos Santos Silva
Fernanda Santos
 Vogal Executiva
 Conselho Diretivo
 CHPL