

A preencher pelos serviços



N.º Registo:

Data: / /

Anexo II

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE APOIO

### I. IDENTIFICAÇÃO

Nome / Designação

CENTRO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE LISBOA

NPC/NIF

508338476

BI/CC\*

N.º Registo  
BDAA

\*A preencher por pessoas singulares

Morada

AVENIDA DO BRASIL Nº 53

Código Postal

1749-002

Localidade

LISBOA

Telefone

217917000

Telemóvel

936202872

Fax

E-mail

PRODUCAO.GTT@GMAIL.COM

Contacto Preferencial / Função

JOANA FREITAS - PRODUÇÃO GRUPO DE TEATRO

### 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: \_\_\_\_\_

Anexo II - (CONTINUAÇÃO)  
FORMULÁRIO DE PEDIDO DE APOIO

III. 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
- Relatório 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:

IV. DADOS BANCÁRIOS

Número de Identificação Bancária

078101120112001290243

Instituição Bancária

TESOURO DE PORTUGAL

Balcão

Confirmação da Instituição Bancária

(Data, carimbo e assinatura)

O REQUERENTE

Representantes Legais

Nome: TERESA SOSTELO

Função: PRESIDENTE

BI/CC n.º: 07134834

Nome: M<sup>ª</sup> FERNANDA SILVA

Função: VOGAL EXECUTIVA

BI/CC n.º: 06568793

Nome: TERESA MOTA

Função: DIRETORA CLÍNICA

BI/CC n.º: 06267868

Pessoas Singulares

Data

Assinatura e carimbo

Fernanda Santos

Fernanda Santos  
Vogal Executiva  
Conselho Diretivo  
CHPL