



SEGURANÇA SOCIAL

DECLARAÇÃO

Nome da entidade contribuinte **CENTRO DE APOIO AOS SEM ABRIGO**

Firma/denominação **CENTRO DE APOIO AOS SEM ABRIGO**

Número de Identificação de Segurança Social **20018011901**

Número de Identificação Fiscal **506116786**

Número de Declaração **15240191**

Data de emissão **03-04-2017**

Declara-se que a entidade contribuinte acima identificada **tem a sua situação contributiva regularizada** perante a Segurança Social.

A presente declaração não constitui instrumento de quitação de dívida de contribuições e ou de juros de mora, nem prejudica ulteriores apuramentos e é válida pelo prazo de **quatromeses**, a partir da data de emissão.

Assinatura válida

Digitally signed by Instituto de Informática, I.P.

Date: 2017.04.03 14:10:04 +0100

DECLARAÇÃO EMITIDA AUTOMATICAMENTE PELO SERVIÇO SEGURANÇA SOCIAL DIRECTA