



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 **18943660**

Data de emissão **13-06-2019**

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.

DECLARAÇÃO EMITIDA AUTOMATICAMENTE PELO SERVIÇO SEGURANÇA SOCIAL DIRECTA