#

**1. ELEMENTOS RELATIVOS À ENTIDADE REQUERENTE**

Nome:

Denominação:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N.º Identificação de Segurança Social | N.º Identificação Fiscal | Código de Serviço das Finanças |
|       |       |       |

Morada:

Código Postal:       Localidade:

Ilha:       Concelho:       Freguesia:

Telefone:       Fax:

Endereço de correio eletrónico:

**2. OUTROS ELEMENTOS RELATIVOS À ENTIDADE REQUERENTE**

#

Natureza Jurídica:

Atividade:       Código de atividade - CAE:

Existe contrato de franchising: [ ]  Sim [ ]  Não

**3. ELEMENTOS RELATIVOS AO ESTABELECIMENTO**

#

Denominação do Estabelecimento:

Localização do estabelecimento:

Código Postal:       Localidade:

Ilha:       Concelho:       Freguesia:

Telefone:       Fax:

Endereço de correio eletrónico:

Resposta Social:

Lotação máxima proposta (1):

1. Consultar e preencher também, no caso de Serviço de Apoio Domiciliário (**S.A.D.**), quadros **1** ou **2** do anexo I.

**4. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA DIREÇÃO TÉCNICA**

#

Nome:

Habilitações Literárias:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N.º Identificação de Segurança Social | N.º Identificação Fiscal | Código de Serviço das Finanças |
|       |       |       |

Morada:

Código Postal:       Localidade:

**5. SUBSTITUIÇÃO DE LICENÇA**

#

Trata-se de um processo de substituição de licença ou alvará? [ ]  Sim [ ]  Não

Se assinalou **sim**, indique o motivo:

**6. ASSINATURA**

#

Data:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura e Carimbo:

**7. DOCUMENTOS**

1. Cópia do cartão de identificação de pessoa coletiva ou do documento de identificação civil do requerente, quando se trate de pessoa singular;
2. Cópia do cartão de identificação fiscal;
3. Certidão do registo ou de matrícula e cópia dos estatutos, quando o requerente seja uma pessoa coletiva;
4. Certidão do registo criminal do requerente ou, quando pessoas coletivas, dos respetivos administradores, sócios-gerentes, gerentes ou membros dos órgãos sociais;
5. Declaração da situação contributiva perante a administração fiscal ou autorização para consulta dessa informação;
6. Documento comprovativo do título da posse ou utilização das instalações, quando aplicável;
7. Licença ou autorização de utilização, quando aplicável;
8. Quadro de pessoal, com indicação das respetivas categorias, habilitações literárias e conteúdo funcional;
9. Instrumentos de gestão;
10. Anexo I – Mapa de lotação máxima proposta para Serviço de Apoio Domiciliário (S.A.D.);
11. Outros elementos relevantes para a instrução do pedido.

ANEXO

**QUADRO 1. A PREENCHER POR IPSS E EQUIPARADAS, NO CASO DE SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO (S.A.D.)**

Lotação máxima proposta por serviço:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Serviços | Vagas Dias Úteis | Vagas Fim-de-Semana 1 dia | Vagas Fim-de-Semana2 dias |
| Alimentação – Almoço  |       |       |       |
| Alimentação – Jantar  |       |       |       |
| Higiene pessoal 1 vez ao dia |       |       |       |
| Higiene pessoal 2 vezes ao dia |       |       |       |
| Higiene pessoal 3 vezes ao dia |       |       |       |
| Visita noturna |       |       |       |
| Higiene habitacional |       |       |       |
| Tratamento de Roupa |       |       |       |
| Apoio ao Cuidador Informal |       |       |       |

**QUADRO 2. A PREENCHER POR OUTRAS ENTIDADES REQUERENTES NÃO ABRANGIDAS NO QUADRO 1, NO CASO DE SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO (S.A.D.)**

Lotação máxima proposta por serviço:

|  |  |
| --- | --- |
| Serviços | N.º de Clientes |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |