

## CRECHE



*Rua Comendador  
José Tavares da Silva Nº 10  
2840-619 Seixal*

*Tel. 21 227 33 10  
Fax: 21 227 33 20  
E-MAIL: creche@aurpis.com*

### DOCUMENTOS A ENTREGAR CLIENTE (FÓTOCOPIAS)

- BILHETE DE IDENTIDADE OU CARTÃO DE CIDADÃO
  - CARTÃO DE CONTRIBUINTE
  - COMPROVATIVO DE MORADA
  - N.I.S.S.
  - CARTÃO SAÚDE DO UTENTE
  - ULTIMA DECLARAÇÃO DE IRS
  - COMPROVATIVO DE REFORMA
  - RELATÓRIO MÉDICO FAMILIA E/OU ESPECIALIDADE C/ PATOLOGIA ATIVA E INDICAÇÃO TERAPÉUTICA E ATESTADO EM COMO NÃO SOFRE DE DOENÇA INFETO-CONTAGIOSA
- DESPESAS MENSAIS FIXAS ( ÚLTIMOS 3 MESES)**
- COMPROVATIVO RENDA DE CASA
  - DECLARAÇÃO DA FARMÁCIA COM GASTO MÉDIO MENSAL EM MEDICAÇÃO

#### Os responsáveis devem igualmente apresentar:

- Documento de identificação
- Cartão Contribuinte
- Comprovativo Morada

## CRECHE



*Rua Comendador  
José Tavares da Silva Nº 10  
2840-619 Seixal*

*Tel. 21 227 33 10  
Fax: 21 227 33 20  
E-MAIL: creche@aurpis.com*

### DOCUMENTOS A ENTREGAR CLIENTE (FÓTOCOPIAS)

- BILHETE DE IDENTIDADE OU CARTÃO DE CIDADÃO
  - CARTÃO DE CONTRIBUINTE
  - COMPROVATIVO DE MORADA
  - N.I.S.S.
  - CARTÃO SAÚDE DO UTENTE
  - ULTIMA DECLARAÇÃO DE IRS
  - COMPROVATIVO DE REFORMA
  - RELATÓRIO MÉDICO FAMILIA E/OU ESPECIALIDADE C/ PATOLOGIA ATIVA E INDICAÇÃO TERAPÉUTICA E ATESTADO EM COMO NÃO SOFRE DE DOENÇA INFETO-CONTAGIOSA
- DESPESAS MENSAIS FIXAS ( ÚLTIMOS 3 MESES)**
- COMPROVATIVO RENDA DE CASA
  - DECLARAÇÃO DA FARMÁCIA COM GASTO MÉDIO MENSAL EM MEDICAÇÃO

#### Os responsáveis devem igualmente apresentar:

- Documento de identificação
- Cartão Contribuinte
- Comprovativo Morada

## CRECHE



*Rua Comendador  
José Tavares da Silva Nº 10  
2840-619 Seixal*

*Tel. 21 227 33 10  
Fax: 21 227 33 20  
E-MAIL: creche@aurpis.com*

### DOCUMENTOS A ENTREGAR CLIENTE (FÓTOCOPIAS)

- BILHETE DE IDENTIDADE OU CARTÃO DE CIDADÃO
  - CARTÃO DE CONTRIBUINTE
  - COMPROVATIVO DE MORADA
  - N.I.S.S.
  - CARTÃO SAÚDE DO UTENTE
  - ULTIMA DECLARAÇÃO DE IRS
  - COMPROVATIVO DE REFORMA
  - RELATÓRIO MÉDICO FAMILIA E/OU ESPECIALIDADE C/ PATOLOGIA ATIVA E INDICAÇÃO TERAPÉUTICA E ATESTADO EM COMO NÃO SOFRE DE DOENÇA INFETO-CONTAGIOSA
- DESPESAS MENSAIS FIXAS ( ÚLTIMOS 3 MESES)**
- COMPROVATIVO RENDA DE CASA
  - DECLARAÇÃO DA FARMÁCIA COM GASTO MÉDIO MENSAL EM MEDICAÇÃO

#### Os responsáveis devem igualmente apresentar:

- Documento de identificação
- Cartão Contribuinte
- Comprovativo Morada