



SEGURANÇA SOCIAL

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO N.º 06/2015 (*)

Ano

REGIME DE INSTALAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE ESTABELECIMENTOS DE APOIO SOCIAL

1. Identificação do estabelecimento

Denominação do estabelecimento	Espaço Saúde -----				
Localização do estabelecimento	Avenida da Republica-Edifício da Câmara Municipal, S/N -----				
C. Postal	4430-192-----	Localidade	Vila Nova de Gaia -----		
Distrito	Porto-----	Concelho	Vila Nova de Gaia -----	Freguesia	Mafamude-----
Telefone	223721523-----	Fax	-----	e-mail:	geral@cvpgaia.org -----

2. Identificação da entidade gestora

Nome completo	Cruz vermelha Portuguesa- Delegação de Gaia -----		
Morada	Rua General Torres, 572 -----		
C. Postal	4430-107-----	Localidade	Vila Nova de Gaia-----

3. Actividade exercida no estabelecimento

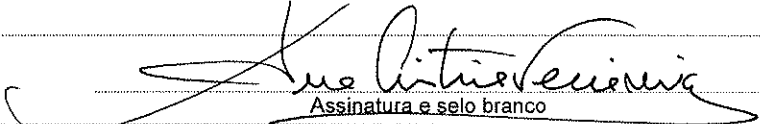
Serviço de Apoio Domiciliário -----

4. Lotação máxima

O estabelecimento pode abranger o número máximo de 40 (quarenta) utentes.----- por extenso

5. Emissão

Data 2015/02/18


Assinatura e selo branco

(*) Emitida ao abrigo do Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de Março.

OS DADOS CONSTANTES NESTE DOCUMENTO SERÃO OBJECTO DE REGISTO INFORMÁTICO NA BASE DE DADOS DA SEGURANÇA SOCIAL.
PODERÁ CONSULTAR PESSOALMENTE A INFORMAÇÃO QUE LHE DIZ RESPEITO, BEM COMO SOLICITAR A SUA CORRECÇÃO.
AS FALSAS DECLARAÇÕES SÃO PUNIDAS NOS TERMOS DA LEI