



SEGURANÇA SOCIAL

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO N.º 43 | 2 0 1 5 | Centro Distrital do Porto <sup>(1)</sup>  
N.º Ano Nome do Centro Distrital

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

**1 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

Denominação do estabelecimento S | A | D | S | E | R | V | I | Ç | O | D | E | A | P | O | I | O  
D | O | M | I | C | I | L | I | Á | R | I | O

Localização do estabelecimento R | U | A | S | A | O | C | R | I | S | T | O | V | Á | O | N . º | 1 | 5 | 4

Código postal 4 | 5 | 8 | 0 | - | 5 | 8 | 1 | L | O | U | R | E | D | O | P | A | R | E | D | E | S

Localidade P | A | R | E | D | E | S

Distrito Porto Concelho PAREDES Freguesia LOUREDO

Telefone 255776869 Fax 255776869 E-mail GERAL@ASCL.PT/ASCL@SAPO.PT

**2 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA**

Nome completo A | S | C | L | A | S | S | O | C | I | A | Ç | ã | o | S | O | C | I | A | L | E | C | U | L | T | U | R | A | L | D | E |  
L | O | U | R | E | D | O

Morada A | V | E | N | I | D | A | P | A | D | R | E | A | M | A | D | E | U | N . º | 7 | 8

Código postal 4 | 5 | 8 | 0 | - | 5 | 8 | 1 | L | O | U | R | E | D | O | P | A | R | E | D | E | S

Localidade P | A | R | E | D | E | S

**3 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO**

SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

**4 CAPACIDADE MÁXIMA**

O estabelecimento pode abranger o número máximo de 50 (CINQUENTA) } utentes.  
[por extenso]

**5 EMISSÃO**

2 0 1 5 | 1 1 | 2 7  
ano mês dia

Assinatura e selo

(1) Emitida ao abrigo do Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 33/2014, de 4 de março.

Os dados constantes deste documento serão objeto de registo informático na base de dados da Segurança Social. Poderá consultar pessoalmente a informação que lhe diz respeito, bem como solicitar a sua correção.  
As falsas declarações são punidas nos termos da lei.