



SEGURANÇA SOCIAL

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Licença n.º 10 | 2 0 1 6 | CENTRO DISTRIAL DO PORTO
Ano Serviço de Segurança Social (1)

Substitui a licença n.º _____
Ano

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento R U M O A V I D A

Localização do estabelecimento R u a C e n t r a l d o S e i x o , 5 1 9

Localidade S . M a m e d e I n f e s t a

Código postal 4 4 6 5 - 0 6 6 S . M a m e d e I n f e s t a

Distrito Porto Concelho Matosinhos Freguesia S. Mamede Infesta

Telemóvel / Telefone 224042785 Fax E-mail geral@rumoavida.pt

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo A S S O C I A Ç Ã O R U M O A V I D A

Morada R u a C e n t r a l d o S e i x o , 5 1 9

Localidade S . M a m e d e I n f e s t a

Código postal 4 4 6 5 - 0 6 6 S . M a m e d e I n f e s t a

4 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

Centro de Atividades Ocupacionais: _____

5 CAPACIDADE MÁXIMA

O estabelecimento pode abranger o número máximo de 30 (Trinta) utentes.
(por extenso)

6 EMISSÃO

2 0 1 6 | 0 4 | 1 9
ano mês dia

ÂNGELO OLIVEIRA
Diretor Adjunto

(1) Emitida ao abrigo do Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 83/2014, de 4 de março.

Os dados constantes deste documento são registados no Sistema de Informação 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.