



SEGURANÇA SOCIAL

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Licença n.º 27 | 2 0 1 6 | CENTRO DISTRIAL DO PORTO
Ano Serviço de Segurança Social

Substitui a licença n.º _____ | Ano _____

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento P | T | M | E | D | I | C | A | L |

Localização do estabelecimento A | v | e | n | i | d | a | J | o | ã | o | d | e | D | e | u | s | , | n . . ° | 4 | 4 | 1 |

Localidade E | r | m | e | s | i | n | d | e |

Código postal 4 | 4 | 4 | 5 | - | 4 | 7 | 4 | V | a | l | o | n | g | o |

Distrito Porto Concelho Valongo Freguesia Ermesinde

Telemóvel / Telefone 913 124 104 Fax _____ E-mail geral@ptmedical.pt

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo S | E | M | I | D | E | S | A | V | E | N | Ç | A | S | , | L | D | A |

Morada A | v | e | n | i | d | a | J | o | ã | o | d | e | D | e | u | s | , | n . . ° | 4 | 4 | 1 |

Localidade E | r | m | e | s | i | n | d | e |

Código postal 4 | 4 | 4 | 5 | - | 4 | 7 | 4 | V | a | l | o | n | g | o |

4 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO _____

5 CAPACIDADE MÁXIMA

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

6 EMISSÃO

2 0 1 6 | 1 0 | 1 3
ano mês dia

ROSÁRIO LOUREIRO
Diretora Adjunta do Centro Distrital do Porto
Assinatura e carimbo

{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 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.