



SEGURANÇA SOCIAL

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Licença n.º 0 7 | 2 0 1 6 | CENTRO DISTRICTAL DE SANTARÉM " "
Ano Serviço de Segurança Social

Substitui a licença n.º _____
Ano

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento C E N T R O | B E M | E S T A R | S O C I A L | D E |
Á G U A S | B E L A S |

Localização do estabelecimento R U A | D A | B O A V I S T A | N ° | 4 8 9 | O U T E I R O S |

Localidade Á G U A S | B E L A S |

Código postal 2 2 4 0 | - | 0 3 2 | F E R R E I R A | D O | Z Ê Z E R E |

Distrito Santarém Concelho FERREIRA ZÉZERE Freguesia ÁGUAS BELAS

Telemóvel / Telefone 249 362261 Fax _____ E-mail csocialaguasbelas@gmail.com

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo C E N T R O | B E M | E S T A R | S O C I A L | D E | Á G U A S |
B E L A S |

Morada R U A | D A | B O A V I S T A | n ° | 4 8 9 | O U T E I R O S |

Localidade Á G U A S | B E L A S |

Código postal 2 2 4 0 | - | 0 3 2 | F E R R E I R A | D O | Z Ê Z E R E |

4 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

SERVIÇO APOIO DOMICILIÁRIO (SAD) _____

5 CAPACIDADE MÁXIMA

O estabelecimento pode abranger o número máximo de 20 (Vinte utentes _____) utentes.
(por extenso)

6 EMISSÃO

2 0 1 6 | 0 5 | 1 1 |
ano mês dia

[Assinatura]
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.