



SEGURANÇA SOCIAL

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Licença n.º 01 | 2 0 1 8 | CENTRO DISTRIITAL DE FARO ⁽¹⁾
Ano Serviço de Segurança Social

Substitui a licença n.º _____ | _____ | _____
Ano

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento C E N T R O C O M U N I T Á R I O D E B E N A F I M

Localização do estabelecimento R U A D A I G R E J A N.º 3 0

Localidade B E N A F I M

Código postal 8 1 0 0 - 3 5 2 | B E N A F I M

Distrito Faro Concelho LOULÉ Freguesia UNIÃO FREGUESIAS

Telemóvel / Telefone 289 470 000 Fax 289 470 009 E-mail c.c.benafim@sapo.pt

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo A S S O C I A Ç Ã O S O C I A L P A R A O P R O G R E S S O E
B E M E S T A R D A F R E G U E S I A D E B E N A F I M

Morada R U A D A I G R E J A N.º 3 0

Localidade B E N A F I M

Código postal 8 1 0 0 - 3 5 2 | B E N A F I M

4 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

CENTRO DE DIA

5 CAPACIDADE MÁXIMA

O estabelecimento pode abranger o número máximo de 45 (QUARENTA E CINCO) utentes.
(por extenso)

6 EMISSÃO

2 0 1 8 | 0 1 | 0 3
ano mês dia


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.