



SEGURANÇA SOCIAL

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Licença n.º 02 | 2 0 1 8 | Centro Distrital de Faro (1)
Ano Serviço de Segurança Social

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

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento C U I D A D O S , D I G N O S ,

Localização do estabelecimento R u a , A , V o z , d e , L o u l é , , l o t e 5 ,
L o j a , B

Localidade L o u l é

Código postal 8 1 0 0 - 5 2 2 | L o u l é

Distrito Faro Concelho Loulé Freguesia São Clemente

Telemóvel / Telefone 968 682 101 Fax _____ E-mail geral.cuidadosdignos@gmail.com

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo C u i d a d o s , D i g n o s ,
S o c i e d a d e U n i p e s s o a l , L d a

Morada R u a , A , V o z , d e , L o u l é , , l o t e 5 , L o j a , B

Localidade L o u l é

Código postal 8 1 0 0 - 5 2 2 | L o u l é

4 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

Serviço de Apoio Domiciliário _____

5 CAPACIDADE MÁXIMA

O estabelecimento pode abranger o número máximo de 60 (sessenta) utentes.
(por extenso)

6 EMISSÃO

2 0 1 8 | 0 1 | 1 7
ano mês dia

Margarida Flores
Diretora da Segurança Social
Centro 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.