



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 Lisboa (1)
Ano Serviço de Segurança Social

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

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento S I A D I S A N T A S O F I A

Localização do estabelecimento R U A A L V E S T O R G O N ° 1 4 R / C D T O

Localidade L I S B O A

Código postal 1 0 0 0 - 0 3 3 A R R O I O S

Distrito Lisboa Concelho Lisboa Freguesia Arroios

Telemóvel / Telefone 937976424 Fax _____ E-mail casaderepousostasofia@gmail.com

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo C I A S A R E P O U S O F E R N A N D A E M A C E D O L D I A

Morada R U A A L V E S T O R G O N ° 1 4 R / C D T O

Localidade L I S B O A

Código postal 1 0 0 0 - 0 3 3 A R R O I O S

4 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

5 CAPACIDADE MÁXIMA

O estabelecimento pode abranger o número máximo de 50 (Cinquenta) utentes.
(por extenso)

6 EMISSÃO

2 0 1 8 | 0 2 | 1 4
ano mês dia

Isabel Saldida
Diretora do Centro Distrital de Lisboa
Assinatura e Carimbo

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