



SEGURANÇA SOCIAL

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Licença n.º 01 | 2 0 1 9 | (1)
Ano Serviço de Segurança Social

Substitui a licença n.º _____
Ano

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento L E T H E S I S O C I A L , , C R L

Localização do estabelecimento R I D E C A M P O R A S O N 5 9 5

Localidade F E I T O S A

Código postal 4 9 9 0 - 1 7 3 P O N T E D E L I M A

Distrito Viana do Castelo Concelho PONTE DE LIMA Freguesia FEITOSA

Telemóvel / Telefone _____ Fax _____ E-mail _____

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo L E T H E S I S O C I A L , , C R L

Morada R I D E C A M P O R A S O N 5 9 5

Localidade F E I T O S A

Código postal 4 9 9 0 - 1 7 3 P O N T E D E L I M A

4 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

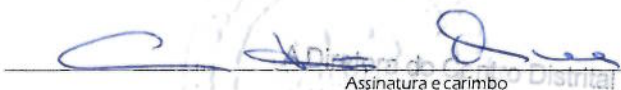
Serviço de Apoio Domiciliário com a prestação de Serviços em Casa do Cliente

5 CAPACIDADE MÁXIMA

O estabelecimento pode abranger o número máximo de 24 (Vinte e quatro) utentes.
(por extenso)

6 EMISSÃO

2018 02 18
ano mês dia


Assinatura e carimbo Distrital

(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.