



SEGURANÇA SOCIAL

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

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

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

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento B A B Y D O S O

Localização do estabelecimento M E R C A D O M A N U E L F I R M I N O - P R A Ç A D O
M E R C A D O L O J A 1 7 R / C H

Localidade A V E I R O

Código postal 3 8 0 0 - 2 2 3 | A V E I R O

Distrito Aveiro Concelho AVEIRO Freguesia GLÓRIA E VERA CRUZ

Telemóvel / Telefone 91 6921957 Fax _____ E-mail geral@babydoso.com

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo D E S T A Q U E T E R N U R A L D A

Morada M E R C A D O M A N U E L F I R M I N O - P R A Ç A D O M E R C
A D O L O J A 1 7 R / C H

Localidade A V E I R O

Código postal 3 8 0 0 - 2 2 3 | A V E I R O

4 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO _____

5 CAPACIDADE MÁXIMA

O estabelecimento pode abranger o número máximo de 40 | QUARENTA | _____) utentes.
(por extenso)

6 EMISSÃO

2019 | 4 | 16
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.