



SEGURANÇA SOCIAL

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Licença n.º 05 | 2 0 1 9 | AVEIRO ⁽¹⁾
Ano Serviço de Segurança Social

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

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento R I A C A R E I S E R V I Ç O S D E A P O I O D O M I C I L I Á R I O L I D A .

Localização do estabelecimento R U A D R J O ã O D E M O U R A N º 8 7

Localidade A V E I R O

Código postal 3 8 0 0 - 1 5 7 A V E I R O

Distrito Aveiro Concelho AVEIRO Freguesia GLÓRIA E VERA CRUZ

Telemóvel / Telefone 92 7563118 Fax _____ E-mail riacarelda@gmail.pt

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo R I A C A R E I S E R V I Ç O S D E A P O I O D O M I C I L I Á R I O L I D A .

Morada R U A D R J O ã O D E M O U R A N º 8 7

Localidade A V E I R O

Código postal 3 8 0 0 - 1 5 7 A V E I R O

4 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

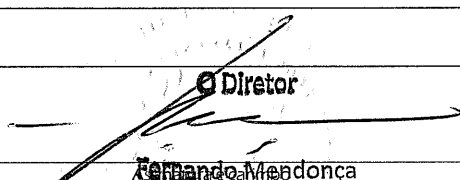
SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

5 CAPACIDADE MÁXIMA

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

6 EMISSÃO

2015 | 12 | 20
ano mês dia


O Diretor
Fernando Medonça

(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.**