



SEGURANÇA SOCIAL

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

<input checked="" type="checkbox"/> Licença n.º	01	2 0 2 0	AVEIRO	(1)
		Ano	Serviço de Segurança Social	
<input checked="" type="checkbox"/> Substitui a licença n.º	04	2 0 1 3		
		Ano		

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento	A C A D E M I A P A L M O E M E I O		
Localização do estabelecimento	R U A D R J O S É F A L C ã O N º 2 9 1 - 2 9 7		
Localidade	O V A R I		
Código postal	3 8 8 0	- 2 0 5	O V A R I
Distrito	Aveiro	Concelho	OVAR Freguesia OVAR e outras
Telemóvel / Telefone	256 181470	Fax	E-mail CAROLMIRANDAD@GMAIL.COM

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo	W E P A L U N I P E S S O A L L D A		
Morada	R U A D R J O S É F A L C ã O N º 2 9 1 - 2 9 7		
Localidade	O V A R I		
Código postal	3 8 8 0	- 2 0 5	O V A R I

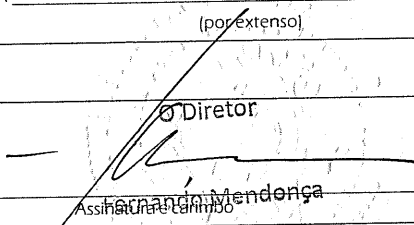
4 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

CENTRO DE ATIVIDADES DE TEMPOS LIVRES (CATL)

5 CAPACIDADE MÁXIMA

O estabelecimento pode abranger o número máximo de	20	(VINTE)) utentes.
		(por extenso)	

6 EMISSÃO

2020	02	20	
ano	mês	dia	
			 Diretor 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.