



SEGURANÇA SOCIAL

## LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

### 1 LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

|                                                             |    |         |                             |     |
|-------------------------------------------------------------|----|---------|-----------------------------|-----|
| <input checked="" type="checkbox"/> Licença n.º             | 12 | 2 0 2 1 | Centro Distrital do Porto   | (1) |
|                                                             |    | Ano     | Serviço de Segurança Social |     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Substitui a licença n.º | 6  | 2 0 0 6 |                             |     |
|                                                             |    | Ano     |                             |     |

### 2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                |                                                                                             |          |                   |           |                          |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------|-----------|--------------------------|
| Denominação do estabelecimento | A j u d a e C o m p a n h i a 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 d a . |          |                   |           |                          |
| Localização do estabelecimento | R u a P a r q u e d a R e p ú b l i c a n . º 9 3                                           |          |                   |           |                          |
| Localidade                     | M a f a m u d e                                                                             |          |                   |           |                          |
| Código postal                  | 4 4 3 0 - 1 6 4                                                                             |          |                   |           |                          |
| Distrito                       | Porto                                                                                       | Concelho | Vila Nova de Gaia | Freguesia | Mafamude                 |
| Telemóvel / Telefone           | 223 779 494                                                                                 | Fax      | 223 706 388       | E-mail    | geral@ajudaecompanhia.pt |

### 3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

|               |                                                                                             |  |  |                             |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------|
| Nome completo | A j u d a e C o m p a n h i a 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 d a . |  |  |                             |
| Morada        | R u a P a r q u e d a R e p ú b l i c a n . º 9 3                                           |  |  |                             |
| Localidade    | M a f a m u d e                                                                             |  |  |                             |
| Código postal | 4 4 3 0 - 1 6 4                                                                             |  |  | V i l a N o v a d e G a i a |

### 4 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| Serviço de Apoio Domiciliário | ----- |
|                               | ----- |
|                               | ----- |

### 5 CAPACIDADE MÁXIMA

|                                                    |    |                    |       |            |
|----------------------------------------------------|----|--------------------|-------|------------|
| O estabelecimento pode abranger o número máximo de | 55 | (cinquenta e cinco | ----- | ) utentes. |
|                                                    |    | (por extenso)      |       |            |

### 6 EMISSÃO

|                     |                                                                          |                      |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 2 0 2 1   0 8   2 6 | <b>ROSÁRIO LOUREIRO</b><br>Diretora Adjunta do Centro Distrital do Porto | Assinatura e carimbo |
| ano mês dia         |                                                                          |                      |

(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 pessoais apresentados serão objeto de tratamento pelos serviços competentes da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I.P., Instituto da Segurança Social dos Açores, I.P.R.A e Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM) para os fins a que se destina o presente formulário e serão conservados pelo prazo estritamente necessário à prossecução desses fins.

Os referidos Serviços da Segurança Social, comprometem-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações no âmbito da proteção de dados.

Para mais informações sobre a proteção de dados, consulte o portal da Segurança Social em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)

**As falsas declarações são punidas nos termos da lei**