



LICENÇA DE FUNCIONAMENTO N.º 19/2011 (*)

Ano

REGIME DE INSTALAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE ESTABELECIMENTOS DE APOIO SOCIAL

1. Identificação do estabelecimento

Denominação do estabelecimento	Pharol 72		
Localização do estabelecimento	Campo 24 de Agosto, 13/15		
C. Postal	4300-504	Localidade	Porto
Distrito	Porto	Concelho	Porto
		Freguesia	Bonfim
Telefone	225105054	Fax	
		e-mail	pharol72@gmail.com

2. Identificação da entidade gestora

Nome completo	Isabel Alves Correia, Unipessoal Lda.		
Morada	Campo 24 de Agosto, 13/15		
C. Postal	4300-504	Localidade	Porto

3. Actividade exercida no estabelecimento

Serviço de Apoio Domiciliário

4. Lotação máxima

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

5. Emissão

Data 2011/09/21	 Assinatura e selo branco
-----------------	---

(*) Emitida ao abrigo do Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de Março.

OS DADOS CONSTANTES NESTE DOCUMENTO SERÃO OBJECTO DE REGISTO INFORMÁTICO NA BASE DE DADOS DA SEGURANÇA SOCIAL. PODERÁ CONSULTAR PESSOALMENTE A INFORMAÇÃO QUE LHE DIZ RESPEITO, BEM COMO SOLICITAR A SUA CORRECÇÃO. AS FALSAS DECLARAÇÕES SÃO PUNIDAS NOS TERMOS DA LEI