



SEGURANÇA SOCIAL

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Licença n.º 06 | 2 0 1 8 | CENTRO DISTRITAL DE BRAGA ⁽¹⁾
Ano Serviço de Segurança Social

Substitui a licença n.º _____ | _____
Ano

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento A V Ó S I E M C A S A

Localização do estabelecimento _____

Localidade _____

Código postal _____

Distrito Braga Concelho BARCELOS Freguesia VILA BOA

Telemóvel / Telefone _____ Fax _____ E-mail _____

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo T R I U N F O S I N A R I B A L T A L D A

Morada _____

Localidade _____

Código postal 4 7 5 5 - 4 1 2 | P O U S A B A R C E L O S

4 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

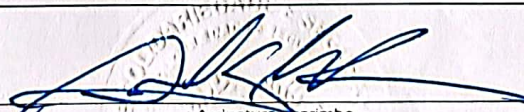
SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

5 CAPACIDADE MÁXIMA

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

6 EMISSÃO

2 0 1 8 | 1 2 | 1 8
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.