



SEGURANÇA SOCIAL

**LICENÇA DE FUNCIONAMENTO N.º** 02 | 2 0 1 6 | Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM <sup>(1)</sup>  
N.º Ano Nome do Centro Distrital

**LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL**

**1 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

Denominação do estabelecimento A s s o c i a ç ã o O n d a S o l i d á r i a

Localização do estabelecimento E d i f i c i o E u r o p a R u a B o m J e s u s  
N.º 8 a 10 S a l a s 3 1 2 e 3 1 3

Código postal 9 0 5 0 - 0 2 8 F u n c h a l

Localidade F u n c h a l

Distrito R. A. Madeira Concelho Funchal Freguesia Sé

Telefone 924278433 Fax ----- E-mail associacaoondasolidaria@gmail.com

**2 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA**

Nome completo A s s o c i a ç ã o O n d a S o l i d á r i a

Morada R u a d a s M e r c ê s , n.º 9 0

Código postal 9 0 0 0 - 2 2 4 F u n c h a l

Localidade F u n c h a l

**3 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO**

Atendimento/Acompanhamento Social \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4 CAPACIDADE MÁXIMA**

O estabelecimento pode abranger o número máximo de 300 (famílias (cerca de seiscentos e noventa) ) utentes.  
(por extenso)

**5 EMISSÃO**

2 0 1 6 | 0 6 | 0 1  
ano mês dia

[Assinatura]  
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 serão objeto de registo informático na base de dados 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.**