



SEGURANÇA SOCIAL

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Licença n.º 2 | 2018 | Centro Distrital do Porto ⁽¹⁾
Ano Serviço de Segurança Social

Substitui a licença n.º _____ | _____
Ano

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento Cuidados Mágicos - Apoio Social
Domiciliário Unipessoal Lda.

Localização do estabelecimento Rua da Vista Alegre 65

Localidade Penafiel

Código postal 4560 | 511

Distrito Porto Concelho Penafiel Freguesia Penafiel

Telemóvel / Telefone 914169808 Fax _____ E-mail cuidadosmagicos_sad_penafiel@hotmail.com

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo Cuidados Mágicos - Apoio Social
Domiciliário Unipessoal Lda.

Morada Rua da Vista Alegre 65

Localidade _____

Código postal 4560 | 511 | Penafiel

4 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

Serviço de Apoio Domiciliário _____

5 CAPACIDADE MÁXIMA

O estabelecimento pode abranger o número máximo de 35 (trinta e cinco) utentes.
(por extenso)

6 EMISSÃO

2018 | 01 | 29
ano mês dia

ROSÁRIO LOUREIRO
Diretora Adjunta do Centro Distrital do Porto
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.