

SEGURANÇA SOCIAL

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO N.º 032013⁽¹⁾
Ano

REGIME DE INSTALAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento M i m i n h o a o s a v ó s
Localização do estabelecimento R . A A u r o r a d o L i m a N º 7 7
Código postal 4 9 0 0 - 5 1 6 V i a n a d o C a s t e l o
Localidade _____
Distrito Viana do Castelo Concelho Viana do Castelo Freguesia Sta Maria Maior
Telefone 258820540 Fax _____ E-mail vianadocastelo@miminhoaosavos.pt

2 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo F i l i g r a n a S e r v i ç o S o c i a l L d a
Morada R u a a A u r o r a d o L i m a N º 7 7
Código postal 4 9 0 0 - 5 1 6 V i a n a d o C a s t e l o
Localidade V i a n a d o C a s t e l o

3 ATIVIDADE EXERCIDA NO ESTABELECIMENTO

Serviço de Apoio Domiciliário

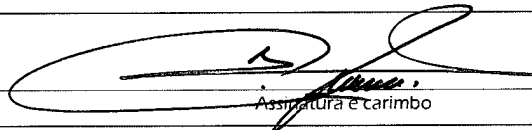
No espaço destinado ao Serviço de SAD, não é permitido a confeção de alimentos bem como tratamento de roupas entidade terá de recorrer a terceiros de acordo com os contratos de prestação de serviços apresentados.

4 LOTAÇÃO MÁXIMA

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

5 EMISSÃO

2013 | 04 | 30
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 99/2011, de 28 de setembro.

**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.**