



SEGURANÇA SOCIAL

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

☒ Licença n.º 05 | 2 0 1 8 | Centro Distrital de Lisboa ⁽¹⁾
Ano Serviço de Segurança Social

☐ Substitui a licença n.º _____ | _____ | _____
Ano

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento A | C | A | S | A | A | Z | U | L |

Localização do estabelecimento A | V | | A | N | T | Ó | N | I | O | | A | U | G | U | S | T | O | | A | G | U | I | A | R |
N | ° | 1 | 7 | 1 | | R | / | C | , | | 1 | ° | | E | | 2 | ° |

Localidade L | I | S | B | O | A |

Código postal 1 | 0 | 5 | 0 | | 0 | 1 | 4 | | L | I | S | B | O | A |

Distrito Lisboa Concelho LISBOA Freguesia AVENIDAS NOVAS

Telemóvel / Telefone 213866779 Fax _____ E-mail geral@acasaazul.pt

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo A | G | E | L | E | S | S | C | I | T | Y | , | | U | N | I | P | E | S | S | O | A | L | , | | L | D | A |

Morada R | U | A | | V | I | L | A | S | | D | O | | S | O | L | A | R | , | | N | ° | 2 | 4 | 1 |

Localidade L | O | U | R | E | S |

Código postal 2 | 6 | 6 | 0 | | 3 | 5 | 0 | | L | O | U | R | E | S |

4 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSAS _____

5 CAPACIDADE MÁXIMA

O estabelecimento pode abranger o número máximo de 30 (Trinta) utentes.
(por extenso)

6 EMISSÃO

2 0 1 8 | 0 2 | 2 3
ano mês dia

Isabel Saldida
Assinatura e carimbo do Centro Distrital de Lisboa

(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.