



SEGURANÇA SOCIAL

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Licença n.º 17 | 2 0 1 7 | CENTRO DISTRIAL DO PORTO
Ano Serviço de Segurança Social

Substitui a licença n.º _____ | Ano _____

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento O | B | o | m | P | e | r | e | g | r | i | n | o | - | L | a | r | d | e | I | d | o | s | o |
s | U | n | i | p | e | s | s | o | a | l | L | d | a |

Localização do estabelecimento R | u | a | d | e | S | ã | o | F | é | l | i | x | n . º | 1 | 8 | 2 | 6 |

Localidade _____

Código postal 4 | 4 | 1 | 0 | - | 5 | 0 | 7 |

Distrito Porto Concelho Vila Nova de Gaia Freguesia São Félix da Marinha

Telemóvel / Telefone 227538964 Fax 227538966 E-mail obomperegrino@gmail.com

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo O | B | o | m | P | e | r | e | g | r | i | n | o | - | L | a | r | d | e | I | d | o | s | o |

Morada R | u | a | S | ã | o | F | é | l | i | x | n . º | 1 | 8 | 2 | 0 |

Localidade S | ã | o | F | é | l | i | x | d | a | M | a | r | i | n | h | a |

Código postal 4 | 4 | 1 | 0 | - | 5 | 0 | 7 | V | i | l | a | N | o | v | a | d | e | G | a | i | a |

4 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

estrutura residencial para pessoas idosas: _____

5 CAPACIDADE MÁXIMA

O estabelecimento pode abranger o número máximo de 20 | vinte | _____ | utentes.
(por extenso)

6 EMISSÃO

2 0 1 7 | 0 6 | 2 9
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.