



SEGURANÇA SOCIAL

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO N.º 03 | 2 0 1 5 | Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM ⁽¹⁾
N.º Ano Nome do Centro Distrital

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento S é n i o r C a r e V i t a , S e r v i ç o s d e A
c o m p a n h a m e n t o a i d o s o s , L d a .

Localização do estabelecimento C a m i n h o d a A c h a d a , n º 2 0 - A

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

Localidade F u n c h a l

Distrito R. A. Madeira Concelho Funchal Freguesia S. Pedro

Telefone 291745320 Fax ----- E-mail madeira@myhome.pt

2 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo S é n i o r C a r e V i t a , S e r v i ç o s d e A c o m p a
n h a m e n t o a i d o s o s , L d a .

Morada C a m i n h o d a A c h a d a , n º 2 0 - A

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

Localidade F u n c h a l

3 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

Serviço de Apoio Domiciliário _____

4 CAPACIDADE MÁXIMA

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

5 EMISSÃO

2015 11 13
ano mês dia

Rui Emanuel Pereira de Freitas
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.