



SEGURANÇA SOCIAL

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO N.º 45 | 2 0 1 5 | Centro Distrital do Porto <sup>(1)</sup>  
N.º Ano Nome do Centro Distrital

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

**1 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

Denominação do estabelecimento L | A | R | A | R | O | S | A |  
Localização do estabelecimento R | U | A | C | A | B | O | B | O | R | G | E | S | N | 1 | 8 | 3 |  
Código postal 4 | 4 | 3 | 0 | - 6 | 4 | 6 | V | I | L | A | N | O | V | A | D | E | G | A | I | A |  
Localidade V | I | L | A | N | O | V | A | D | E | G | A | I | A |  
Distrito Porto Concelho VILA NOVA DE GAIA Freguesia S.MARINHA/S.PEDRO AFUR.  
Telefone 919992278 Fax 223753494 E-mail ALEXANDRAVCOUTO@GMAIL.COM

**2 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA**

Nome completo A | L | V | E | S | E | G | O | N | Ç | A | L | V | E | S | L | A | R | D | E | T | E | R | C | E | I | R | A |  
I | D | A | D | E | A | R | O | S | A | I | D | A |  
Morada R | U | A | C | A | B | O | B | O | R | G | E | S | N | 1 | 8 | 3 |  
Código postal 4 | 4 | 3 | 0 | - 6 | 4 | 6 | V | I | L | A | N | O | V | A | D | E | G | A | I | A |  
Localidade V | I | L | A | N | O | V | A | D | E | G | A | I | A |

**3 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO**

ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSAS  
A PRESENTE LICENÇA SUBSTITUI A LICENÇA DE FUNCIONAMENTO N.º 03/2012 DE 9 DE FEVEREIRO.

**4 CAPACIDADE MÁXIMA**

O estabelecimento pode abranger o número máximo de 10 (DEZ) utentes.  
(por extenso)

**5 EMISSÃO**

2 0 1 5 | 1 2 | 2 3  
ano mês dia

Assinatura e carimbo  
ANGELO OLIVEIRA  
Diretor Adjunto

(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.