



SEGURANÇA SOCIAL

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Licença n.º 12 | 2 0 1 6 | CENTRO DISTRITAL DO PORTO
Ano Serviço de Segurança Social

Substitui a licença n.º 19 | 2 0 1 0
Ano

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento | H O S P I T A L | D O | M A R | C U I D A D O S | E S P E C I A L I Z A D O S | - | G A I A |

Localização do estabelecimento | R u a | C o m e n d a d o r | I n á c i o | S o u s a | |
n.º | 7 | 7 | 6 |

Localidade | V i l l a r | d e | A n d o r i n h o |

Código postal | 4 | 4 | 3 | 0 | - | 3 | 6 | 2 | | V i l l a | N o v a | d e | G a i a |

Distrito Porto Concelho Vila Nova de Gaia Freguesia Vilar de Andorinho

Telemóvel / Telefone 227 842 293 Fax 227 845 594 E-mail geral.guimaraes@hospitaldalfuz.pt

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo | H O S P I T A L | D A | L U Z | G U I M A R A E S | , | S A |

Morada | A l a m e d a | d o s | D e s p o r t o s |

Localidade | S a n t i a g o | d e | C a n d o s o |

Código postal | 4 | 8 | 3 | 5 | - | 2 | 3 | 5 | | G u i m a r ã 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 46 (quarenta e seis) _____) utentes.
(por extenso)

6 EMISSÃO

2 0 1 6 | 0 5 | 2 5
ano mês dia

ANGELA OLIVEIRA
Assinatura e carimbo do 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 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.