



SEGURANÇA SOCIAL

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Licença n.º 02 | 2 0 1 7 | 11
Ano Serviço de Segurança Social

Substitui a licença n.º _____ | _____ |
Ano

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento E S T R U T U R A R E S I D E N C I A L P A R A I D O S
O S - P A R T I L H A D E A F E T O S

Localização do estabelecimento R U A S Ã O S E B A S T I Ã O N º 1 9

Localidade R E B O R D Ã O S

Código postal 5 3 0 0 - 8 1 1 | R E B O R D Ã O S

Distrito Bragança Concelho BRAGANÇA Freguesia REBORDÃOS

Telemóvel / Telefone 936278879 Fax _____ E-mail Partilhadeafetos@gmail.com

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo J A C I N T A & S É R G I O L E M O S L D A

Morada R U A D E S Ã O S E B A S T I Ã O N º 1 9

Localidade R E B O R D Ã O S

Código postal 5 3 0 0 - 8 1 1 | R E B O R D Ã O S

4 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSAS

5 CAPACIDADE MÁXIMA

O estabelecimento pode abranger o número máximo de 23 (VINTE E TRÊS) utentes.
(por extenso)

6 EMISSÃO

2014 | 03 | 01
ano mês dia

Martinho Nascimento
Diretor de Segurança Social

[Assinatura]
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.