



SEGURANÇA SOCIAL

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

☒ Licença n.º 04 | 2 0 1 8 | CENTRO DISTRIAL DE BRAGA (1)
Ano Serviço de Segurança Social

☐ Substitui a licença n.º _____
Ano

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento C E N T R O C L I N I C O D A C U M I E I R A S E R V
I Ç O D E A P O I O A O D O M I C Í L I O

Localização do estabelecimento R U A D A C U M I E I R A N 4 0 1 ° A N D A R

Localidade F A F E

Código postal 4 8 2 0 - 1 7 9 | F A F E

Distrito Braga Concelho FAFE Freguesia FAFE

Telemóvel / Telefone 913627892 Fax _____ E-mail ADMINISTRACAO@CLINICACUMIEIRA.PT

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo C E N T R O C L I N I C O D A C U M I E I R A L D A

Morada R U A D A C U M I E I R A N ° 4 0 1 ° A N D A R

Localidade F A F E

Código postal 4 8 2 0 - 1 7 9 | F A F E

4 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO _____

5 CAPACIDADE MÁXIMA

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

6 EMISSÃO

2 0 1 8 | 1 1 | 1 2
ano mês dia

O Diretor do Centro Distrital de Braga
João Ferreira 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.