



SEGURANÇA SOCIAL

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

☒ Licença n.º 01 2 0 1 9 Ano CENTRO DISTRITAL DE BRAGA ⁽¹⁾
Serviço de Segurança Social

☐ Substitui a licença n.º _____ Ano

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento S I C A S E R V I Ç O S M É D I C O S S A D

Localização do estabelecimento R U A J O Ã O D E D E U S N.º 5 R / C

Localidade V I E I R A D O M I N H O

Código postal 4 8 5 0 - 5 3 5 V I E I R A D O M I N H O

Distrito Braga Concelho VIEIRA DO MINHO Freguesia VIEIRA DO MINHO

Telemóvel / Telefone 253741140 Fax _____ E-mail sicaservicosmedicos@hotmail.com

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo S I C A S E R V I Ç O S M É D I C O S U N I P E S S O A L L D A

Morada R U A J O Ã O D E D E U S N.º 5 R / C

Localidade V I E I R A D O M I N H O

Código postal 4 8 5 0 - 5 3 5 V I E I R A D O M I N H O

4 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

5 CAPACIDADE MÁXIMA

O estabelecimento pode abranger o número máximo de 30 (TRINTA) _____) utentes.
(por extenso)

6 EMISSÃO

2 0 1 9 0 1 3 0
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.