



SEGURANÇA SOCIAL

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Licença n.º 03 | 2 0 1 9 | Centro Distrital da Guarda (1)
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
P E S S O A S I D O S A S

Localização do estabelecimento E S T R A D A M U N I C I P A L

Localidade L I N H A R E S D A B E I R A

Código postal 6 3 6 0 - 0 8 0 | C E L O R I C O D A B E I R A

Distrito Guarda Concelho CELORICO DA BEIRA Freguesia LINHARES

Telemóvel / Telefone 271776489 Fax _____ E-mail scmlinharesdabeira@hotmail.com

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo S A N T A C A S A D A M I S E R I C Ó R D I A D E
L I N H A R E S

Morada L A R G O D A M I S E R I C Ó R D I A

Localidade L I N H A R E S D A B E I R A

Código postal 6 3 6 0 - 0 8 0 | C E L O R I C O D A B E I R A

4 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSAS

5 CAPACIDADE MÁXIMA

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

6 EMISSÃO

2 0 1 9 | 0 5 | 0 6
ano mês dia

_____ gestor _____
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.