



SEGURANÇA SOCIAL

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Licença n.º 14 | 2 0 1 9 | Centro Distrital do Porto ⁽¹⁾
Ano Serviço de Segurança Social

Substitui a licença n.º _____ | _____ | _____
Ano

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento A S - A c o l h i m e n t o , S é n i o r

Localização do estabelecimento R u a F e r n a n d o P e s s o a n . º 8 1

Localidade L u g a r d o B e c o

Código postal 4 5 6 0 - 8 9 3

Distrito Porto Concelho Penafiel Freguesia Penafiel

Telemóvel / Telefone 932270735 Fax _____ E-mail geral@acolhimentosenior.pt

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo E A - E s p a ç o d o A v ó L d a

Morada R u a F e r n a n d o P e s s o a n . º 8 1

Localidade P e n a f i e l

Código postal 4 5 6 0 - 8 9 3 P e n a f i e l

4 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

Estrutura Residencial para Pessoas Idosas: _____

5 CAPACIDADE MÁXIMA

O estabelecimento pode abranger o número máximo de 24 (vinte e quatro _____) utentes.
(por extenso)

6 EMISSÃO

2 0 1 9 | 0 5 | 3 0
ano mês dia

MIGUEL CARDOSO
Diretor do Centro Distrital do Porto
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.