



SEGURANÇA SOCIAL

TÍTULO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO N.º 9/ | 2024 | Centro Distrital de Leiria ⁽¹⁾
N.º Ano Nome do Centro Distrital

FUNCIONAMENTO DE RESPOSTAS SOCIAIS

1 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento D O M I U S V I S A N T O A G O S T I N H O

Morada do estabelecimento _____

Código postal _____

Localidade Q U I N T A D A T A B O R D A

Distrito LEIRIA Concelho LEIRIA Freguesia UF LEIRIA, P. C. e BARREIRA

Telefone _____ E-mail _____

2 IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA OU DA ENTIDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO

Nome completo O I E I S A N T O A G O S T I N H O S A

N.º de Identificação de Segurança Social 2 5 1 7 5 2 4 3 6 8 4

Morada _____

Código postal _____

Localidade P O R T O

3 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

Identificação da resposta ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSAS

UNIDADE FUNCIONAL B (UFB)-PISOS 3 e 4

Capacidade máxima da resposta 60 (sessenta) utentes.
(por extenso)

Data do Início do Funcionamento 2 0 2 4 | 0 5 | 0 7
ano mês dia

Observações quanto à capacidade, se necessário Quarenta e oito quartos individuais e 6 quartos duplos.

4 EMISSÃO

Data de emissão 2 0 2 4 | 0 5 | 0 7
ano mês dia

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 126-A/2021, de 31 de dezembro.

João Pedrosa
Diretor

As falsas declarações são punidas nos termos da lei