



SEGURANÇA SOCIAL

**TÍTULO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO N.º** 49 | 2024 | Centro Distrital do Porto <sup>(1)</sup>  
N.º Ano Nome do Centro Distrital

**FUNCIONAMENTO DE RESPOSTAS SOCIAIS**

**1 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

Denominação do estabelecimento O BOM PEREGRINO - Lar de Idosos  
Morada do estabelecimento \_\_\_\_\_  
Código postal \_\_\_\_\_  
Localidade \_\_\_\_\_  
Distrito Porto Concelho Vila Nova de Gaia Freguesia S. Félix da Marinha  
Telefone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**2 IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA OU DA ENTIDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO**

Nome completo DIALETO PEREGRINO - LDA  
N.º de Identificação de Segurança Social 25181726510  
Morada \_\_\_\_\_  
Código postal \_\_\_\_\_  
Localidade SÃO FÉLIX DA MARINHA

**3 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO**

Identificação da resposta Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas  
Capacidade máxima da resposta 23 (Vinte e Três ) utentes.  
(por extenso)  
Data do Início do Funcionamento 2024 | 09 | 28  
ano mês dia  
Observações quanto à capacidade, se necessário \_\_\_\_\_

**4 EMISSÃO**

Data de emissão 2024 | 10 | 28  
ano mês dia  

**ROSÁRIO LOUREIRO**  
Diretora Adjunta 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 126-A/2021, de 31 de dezembro

**As falsas declarações são punidas nos termos da lei**