



SEGURANÇA SOCIAL

**TÍTULO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO N.º** 12 | 2 0 2 3 | 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 M i m a r e C u i d a r L d a

Morada do estabelecimento R u a A l v e s R e d o l i n . ° 4 3 8

Código postal 4 0 5 0 - 0 4 2

Localidade P o r t o

Distrito Porto Concelho Porto Freguesia UF Cedofeita, St.º Idl, S, Miragaia

Telefone 911 142 689 E-mail mimarecuidar@gmail.com

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

Nome completo M i m a r e C u i d a r L d a

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

Morada R u a A l v e s R e d o l i n . ° 4 3 8

Código postal 4 0 5 0 - 0 4 2

Localidade P o r t o

**3 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO**

Identificação da resposta Serviço de Apoio Domiciliário

Capacidade máxima da resposta 30 (Trinta ) utentes.  
(por extenso)

Data do Início do Funcionamento 2 0 2 3 | 0 4 | 2 4  
ano mês dia

Observações quanto à capacidade, se necessário \_\_\_\_\_

**4 EMISSÃO**

Data de emissão 2 0 2 3 | 0 6 | 1 6  
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**

