



SEGURANÇA SOCIAL

**TÍTULO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO N.º** 84 | 2023 | 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	<u>M i m i n h o s   a o s   A v ó s</u>				
Morada do estabelecimento	<u>R u a   B a r r ã o   d o   C o r v o   ,   n . º   1 7   4</u>				
Código postal	<u>4 4   0 0</u> - <u>0 3   5</u>				
Localidade	<u>C o i m b r õ e s</u>				
Distrito	<u>Porto</u>	Concelho	<u>Vila Nova de Gaia</u>	Freguesia	<u>UF ST Marinha S. Pedro Afurada</u>
Telefone	<u>938723121</u>	E-mail	<u>gaia@miminhosaosavos.pt</u>		

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

Nome completo	<u>A L L 4   S E N I O R   C A R E I   L D A</u>
N.º de Identificação de Segurança Social	<u>2 5   1 3   8 6   9 6   5 4   0</u>
Morada	<u>R u a   S ã o   C r i s t ó v ã o   d e   M a f a m u d e   4 9   ,   r / c</u>
Código postal	<u>4 4   3 0</u> - <u>2 2   5</u>
Localidade	<u>V i l a   N o v a   d e   G a i a</u>

**3 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO**

Identificação da resposta	<u>Serviço de Apoio Domiciliário-----</u>
Capacidade máxima da resposta	<u>60</u>   <u>sessenta-----</u>   <u>utentes.</u> <small>(por extenso)</small>
Data do Início do Funcionamento	<u>2023</u>   <u>12</u>   <u>07</u> <small>ano mês dia</small>
Observações quanto à capacidade, se necessário	_____

**4 EMISSÃO**

Data de emissão	<u>2 0 2 3   1 2   0 7</u> <small>ano mês dia</small>	_____
		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**

