



SEGURANÇA SOCIAL

**TÍTULO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO N.º** 1 | 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 R e s i d ê n c i a S ê n i o r M i g u e l T o r g a  
Morada do estabelecimento R u a F e r n a n d o P e s s o a n . º 8 1  
Código postal 4 5 6 0 - 9 8 3  
Localidade P e n a f i e l  
Distrito Porto Concelho Penafiel Freguesia Penafiel  
Telefone 913392109 E-mail secretaria@residenciaseniormt.pt

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

Nome completo A b r a ç o G r i z a l h o L d a  
N.º de Identificação de Segurança Social 2 5 1 7 0 2 6 9 5 3 8  
Morada R u a M i g u e l A r r u d a n . º 7  
Código postal 5 2 1 0 - 1 7 7  
Localidade M i r a n d a d o D o u r o

**3 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO**

Identificação da resposta Estrutura residencial para pessoas idosas  
Capacidade máxima da resposta 27 vinte e sete (por extenso)        utentes.  
Data do Início do Funcionamento 2024 | 01 | 05  
ano mês dia  
Observações quanto à capacidade, se necessário       

**4 EMISSÃO**

Data de emissão 2 0 2 4 | 0 1 | 0 5  
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**

