



SEGURANÇA SOCIAL

TÍTULO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO N.º 3 | 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 7 Sentidos - Centro de Reabilitação Física e Neurológica

Morada do estabelecimento Rua Cortinha n.º 340

Código postal 4400-001

Localidade Vila Nova de Gaia

Distrito Porto Concelho Vila Nova de Gaia Freguesia Sta Marinha S. Pedro Afurada

Telefone 918 940 850 E-mail geral@7sentidos.com.pt

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

Nome completo Claudia Wolff Sociedade Unipessoal Lda

N.º de Identificação de Segurança Social 2516493375

Morada Rua Cortinha n.º 340

Código postal 4400-001

Localidade Vila Nova de Gaia

**3 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO**

Identificação da resposta Serviço de Apoio Domiciliário

Capacidade máxima da resposta 8 oito } utentes.  
(por extenso)

Data do Início do Funcionamento 2024 10 24  
ano mês dia

Observações quanto à capacidade, se necessário

**4 EMISSÃO**

Data de emissão 2024 01 24  
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**



SEGURANÇA SOCIAL

TÍTULO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO N.º 3 | 2 0 2 4 | Centro Distrital do Porto (1)

FUNCIONAMENTO DE RESPOSTAS SOCIAIS

1 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento 7 | S | e | n | t | i | d | o | s | - | C | e | n | t | r | o | d | e | R | e | a | b | i | l | i | t | a | ç | ã | o | F | í | s | i | c | a | e | N | e | u | r | o | l | ó | g | i | c | a
Morada do estabelecimento R | u | a | C | o | r | t | i | n | h | a | n . º | 3 | 4 | 0
Código postal 4 | 4 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | 1
Localidade V | i | l | a | N | o | v | a | d | e | G | a | i | a
Distrito Porto Concelho Vila Nova de Gaia Freguesia Sta Marinha S. Pedro Afurada
Telefone 918 940 850 E-mail geral@7sentidos.com.pt

2 IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA OU DA ENTIDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO

Nome completo C | l | á | u | d | i | a | W | o | l | f | f | S | o | c | i | e | d | a | d | e | U | n | i | p | e | s | s | o | a | l | L | d | a
N.º de Identificação de Segurança Social 2 | 5 | 1 | 6 | 4 | 9 | 3 | 3 | 7 | 5
Morada R | u | a | C | o | r | t | i | n | h | a | n . º | 3 | 4 | 0
Código postal 4 | 4 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | 1
Localidade V | i | l | a | N | o | v | a | d | e | G | a | i | a

3 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

Identificação da resposta Serviço de Apoio Domiciliário
Capacidade máxima da resposta 8 (oito) utentes.
Data do Início do Funcionamento 2024 | 01 | 24
Observações quanto à capacidade, se necessário

4 EMISSÃO

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