



SEGURANÇA SOCIAL

TÍTULO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO N.º 06 | 2024 | Centro Distrital de Faro ⁽¹⁾
N.º Ano Nome do Centro Distrital

FUNCIONAMENTO DE RESPOSTAS SOCIAIS

1 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento A, M, I, N, H, A, C, A, S, I, N, H, A

Morada do estabelecimento R, ., G, E, N, E, R, A, L, H, U, M, B, E, R, T, O, D, E, L, G, A, D, O, 2, 7

Código postal 8, 7, 0, 0 - 4, 7, 3 | O, L, H, ã, O

Localidade O, L, H, ã, O

Distrito Faro Concelho Olhão Freguesia Olhão

Telefone 916011811 E-mail a.minha.casinha.lda@gmail.com

2 IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA OU DA ENTIDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO

Nome completo A, M, I, N, H, A, C, A, S, I, N, H, A, - I, N, F, A, N, T, Á, R, I, O, U, N, I, P, E
S, S, O, A, L, L, D, A

N.º de Identificação de Segurança Social 2, 0, 0, 0, 7, 4, 7, 2, 4, 1, 3

Morada R, ., G, E, N, E, R, A, L, H, U, M, B, E, R, T, O, D, E, L, G, A, D, O, 2, 7

Código postal 8, 7, 0, 0 - 4, 7, 3 | O, L, H, ã, O

Localidade O, L, H, ã, O

3 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

Identificação da resposta CRECHE

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

Data do Início do Funcionamento 2, 0, 2, 4 | 0, 4 | 1, 0
ano mês dia

Observações quanto à capacidade, se necessário _____

4 EMISSÃO

Data de emissão 2, 0, 2, 4 | 0, 4 | 0, 9
ano mês dia

Margarida Flores
Diretora de Segurança Social
Centro Distrital de Faro
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