



SEGURANÇA SOCIAL

**TÍTULO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO N.º** 08 | 2 0 2 4 | Centro Distrital de Faro <sup>(1)</sup>  
N.º Ano Nome do Centro Distrital

**FUNCIONAMENTO DE RESPOSTAS SOCIAIS**

**1 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

Denominação do estabelecimento C, U, I, D, A, N, D, O, &, C, U, I, D, A, D, O, S, - A, P, O, I, O  
D, O, M, I, C, I, L, I, Á, R, I, O, , L, D, A, .

Morada do estabelecimento R, A, L, M, E, I, D, A, G, A, R, R, E, T, T, 4, 7, A

Código postal 8, 0, 0, 0 | 2, 0, 6 | F, a, r, o

Localidade F, a, r, o

Distrito Faro Concelho Faro Freguesia União de Freguesias de Faro

Telefone 289 823 044 E-mail jose@cuidarecuidados.pt

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

Nome completo C, U, I, D, A, N, D, O, &, C, U, I, D, A, D, O, S, - A, P, O, I, O  
D, O, M, I, C, I, L, I, Á, R, I, O, , L, D, A, .

N.º de Identificação de Segurança Social 2, 5, 1, 7, 7, 5, 1, 8, 1, 0, 2

Morada R, A, L, M, E, I, D, A, G, A, R, R, E, T, T, 4, 7, A

Código postal 8, 0, 0, 0 | 2, 0, 6 | F, a, r, o

Localidade F, a, r, o

**3 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO**

Identificação da resposta Serviço de Apoio Domiciliário

Capacidade máxima da resposta 40 (Quarenta) (por extenso) utentes.

Data do Início do Funcionamento 2 0 2 4 | 0 5 | 2 7  
ano mês dia

Observações quanto à capacidade, se necessário

**4 EMISSÃO**

Data de emissão 2 0 2 4 | 0 6 | 0 6  
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