



SEGURANÇA SOCIAL

TÍTULO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO N.º 19 | 2 0 2 4 | CENTRO DISTRITAL DO PORTO ⁽¹⁾
N.º Ano Nome do Centro Distrital

FUNCIONAMENTO DE RESPOSTAS SOCIAIS

1 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento S I M B I O S E D E C U I D A D O S L D A

Morada do estabelecimento R u a d e G o a , n . ° 2 3

Código postal 4 4 4 5 - 3 7 1 E r m e s i n d e

Localidade E r m e s i n d e

Distrito Porto Concelho Valongo Freguesia Ermesinde

Telefone 910 477 772 E-mail geral@simbiosedecuidados.pt

2 IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA OU DA ENTIDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO

Nome completo S I M B I O S E D E C U I D A D O S L D A

N.º de Identificação de Segurança Social 2 5 1 7 1 8 3 6 3 3 1

Morada R u a d a G a n d r a , n . ° 9 0 9 4 , T 1 2

Código postal 4 4 4 5 - 1 2 2 A l f e n a

Localidade A l f e n a

3 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

Identificação da resposta Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

Capacidade máxima da resposta 25 Vinte e cinco | (por extenso) | utentes.

Data do Início do Funcionamento 2023 07 01
ano mês dia

Observações quanto à capacidade, se necessário _____

4 EMISSÃO

Data de emissão 2 0 2 4 0 6 2 8
ano mês dia

[Assinatura]
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