



SEGURANÇA SOCIAL

**TÍTULO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO N.º** 21 | 2024 | CENTRO DISTRITAL DE BRAGA <sup>(1)</sup>  
N.º Ano Nome do Centro Distrital

**FUNCIONAMENTO DE RESPOSTAS SOCIAIS**

**1 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

Denominação do estabelecimento	MELHORIDADE - APOIO SÉNIOR				
Morada do estabelecimento	RUA CAPITÃO MANUEL CARVALHO, EDIFÍCIO DOM PEDRO, 36, SALA 5				
Código postal	4760 - 020 VILA NOVA DE FAMALICÃO				
Localidade	UF DE ANTAS E ABADE DE VERMOIM				
Distrito	BRAGA	Concelho	V. N. DE FAMALICÃO	Freguesia	ANTAS E ABADE DE VERMOIM
Telefone	962 542 853	E-mail	clara.bras@hotmail.com		

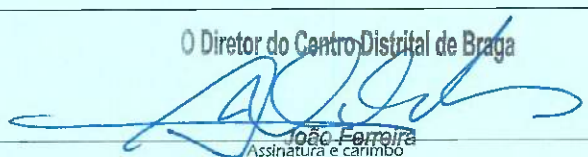
**2 IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA OU DA ENTIDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO**

Nome completo	FAMALICARE - APOIO SÉNIOR, UNIPESSOAL LDA
N.º de Identificação de Segurança Social	25181131166
Morada	RUA CAPITÃO MANUEL CARVALHO, 36, SALA 5
Código postal	4760 - 020 VILA NOVA DE FAMALICÃO
Localidade	ANTAS

**3 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO**

Identificação da resposta	SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO
Capacidade máxima da resposta	30 (TRINTA) (por extenso) utentes.
Data do Início do Funcionamento	____/____/____ ano mês dia
Observações quanto à capacidade, se necessário	_____ _____

**4 EMISSÃO**

Data de emissão	20240612 ano mês dia	O Diretor do Centro Distrital de Braga  João Ferreira 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**