



SEGURANÇA SOCIAL

**TÍTULO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO N.º** 26 | 2 0 2 4 | 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	C A S A D O P O V O D E V I L A D E P R A D O				
Morada do estabelecimento	P R A Ç A C O M E N D A D O R S O U S A L I M A , 3 2				
Código postal	4 7 3 0 - 4 5 0 V I L A V E R D E				
Localidade	V I L A D E P R A D O				
Distrito	BRAGA	Concelho	VILA VERDE	Freguesia	VILA DE PRADO
Telefone	253 921 121	E-mail	geral@cpvp.pt		

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

Nome completo	C A S A D O P O V O D E V I L A D E P R A D O
N.º de Identificação de Segurança Social	2 0 0 0 6 3 1 2 3 8 8
Morada	P R A Ç A C O M E N D A D O R S O U S A L I M A , 5 1
Código postal	4 7 3 0 - 4 5 0 V I L A V E R D E
Localidade	V I L A D E P R A D O

**3 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO**

Identificação da resposta	CRECHE
Capacidade máxima da resposta	78 (SETENTA E OITO) (por extenso) utentes.
Data do início do funcionamento	____/____/____ ano mês dia
Observações quanto à capacidade, se necessário	_____ _____

**4 EMISSÃO**

Data de emissão	O Diretor do Centro Distrital de Braga
2 0 2 4   1 0 0 8	
ano mês dia	Assinatura e carimbo João Ferreira

(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**



Faint, illegible text at the top of the page, possibly a header or title.

Second section of faint, illegible text in the upper middle of the page.

Third section of faint, illegible text in the middle of the page.

Fourth section of faint, illegible text in the lower middle of the page.

Fifth section of faint, illegible text at the bottom of the page.