



SEGURANÇA SOCIAL

TÍTULO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO N.º 29 | 2024 | CENTRO DISTRITAL DE BRAGA ⁽¹⁾
N.º Ano Nome do Centro Distrital

FUNCIONAMENTO DE RESPOSTAS SOCIAIS

1 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

| | | | |
|--------------------------------|--|---------------------------|-----------------|
| Denominação do estabelecimento | C R E C H E D R ^a M A R I A J Ú L I A M A R T I N S | | |
| Morada do estabelecimento | R U A S A N T O E S T Ê V Ã O , 1 5 2 3 | | |
| Código postal | 4 8 5 0 - 0 7 6 | V I E I R A D O M I N H O | |
| Localidade | C A N T E L Ã E S | | |
| Distrito | BRAGA | Concelho | VIEIRA DO MINHO |
| | | Freguesia | CANTELÃES |
| Telefone | 253649330 | E-mail | geral@scvm.pt |

2 IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA OU DA ENTIDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO

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

3 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

| | | | |
|--|-------------|--------------------|------------|
| Identificação da resposta | C R E C H E | | |
| Capacidade máxima da resposta | 44 | (QUARENTA E QUATRO |) utentes. |
| | | [por extenso] | |
| Data do Início do Funcionamento | ano | mês | dia |
| Observações quanto à capacidade, se necessário | | | |

4 EMISSÃO

| | | | |
|-----------------|--|-----|-----|
| Data de emissão | 2 0 2 4 1 1 1 1 | | |
| | ano | mês | dia |
| | O Diretor do Centro Distrital de Braga | | |
| | | | |
| | Assinado eletronicamente | | |

(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