



SEGURANÇA SOCIAL

**TÍTULO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO N.º** 01 | 2023 | ISSM, IP-RAM <sup>(1)</sup>  
N.º Ano Nome do Centro Distrital

**FUNCIONAMENTO DE RESPOSTAS SOCIAIS**

**1 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

Denominação do estabelecimento M A D E I R A Q U A L I T Y C A R E

Morada do estabelecimento R u a C â m a r a P e s t a n a n.º 3 2

Código postal 9 0 0 0 - 0 4 3

Localidade F u n c h a l

Distrito R. A. Madeira Concelho Funchal Freguesia Sé

Telefone 966166020 E-mail madeiraqualitycare@gmail.com

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

Nome completo I n i c i a t i v a A f á v e l - E n f e r m a g e m  
U n i p e s s o a l - L d a

N.º de Identificação de Segurança Social 2 5 1 6 8 2 1 9 4 6 3

Morada R, a, m, p, a, d, o, s, P, i, o, r, n, a, i, s, , E, d, H, o, r, i, z, o, n, t, e, B, L, 4, 1, B

Código postal 9 0 0 0 - 6 8 2

Localidade F u n c h a l

**3 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO**

Identificação da resposta Serviço de Apoio Domiciliário

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

Data do Início do Funcionamento 2023 04 03  
ano mês dia

Observações quanto à capacidade, se necessário

**4 EMISSÃO**

Data de emissão 2023 04 03  
ano mes dia

Micaela Fonseca de Freitas  
presidente do Conselho Diretivo  
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**