



SEGURANÇA SOCIAL

**TÍTULO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO N.º** 03 | 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 S L O W L I V I N G  
Morada do estabelecimento R U A D A P O N T E N O V A N.º 1 5 3.º  
S A L I A 1 0  
Código postal 9 0 5 0 - 4 4 0 F U N C H A L  
Localidade F U N C H A L  
Distrito R. A. Madeira Concelho FUNCHAL Freguesia SANTA LUZIA  
Telefone 964 686 272 E-mail rubinavieira32@gmail.com

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

Nome completo S L O W L I V I N G , L D A  
N.º de Identificação de Segurança Social 2 5 1 5 1 5 3 7 1 0 5  
Morada R U A A L T O D O A M P A R O E D I F D I N I S I I R / C - E  
Código postal 9 0 0 0 - 2 5 1 F U N C H A L  
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 39 (TRINTA E NOVE) (por extenso) ) utentes.  
Data do Início do Funcionamento 2023 09 29  
Observações quanto à capacidade, se necessário

**4 EMISSÃO**

Data de emissão 2023 10 02  
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**