



SEGURANÇA SOCIAL

TÍTULO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO N.º 18 2024 CENTRO DISTRIAL DO PORTO ⁽¹⁾
N.º Ano Nome do Centro Distrital

FUNCIONAMENTO DE RESPOSTAS SOCIAIS

1 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento C L I N I C U I D A D O S

Morada do estabelecimento R u a N o v a d e F r e j u f e , n . º 2 7 6

Código postal 4 4 7 5 - 8 3 8 S i l v a E s c u r a - M a i a

Localidade S i l v a E s c u r a - M a i a

Distrito Porto Concelho Maia Freguesia Silva Escura

Telefone 220 155 785 E-mail geral@clnicuidados.com

2 IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA OU DA ENTIDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO

Nome completo V A I D A D E & C A R I S M A , L D A

N.º de Identificação de Segurança Social 2 5 1 3 0 0 5 1 3 7 3

Morada R u a N o v a d e F r e j u f e , n . º 2 7 6

Código postal 4 4 7 5 - 8 3 8 S i l v a E s c u r a - M a i a

Localidade S i l v a E s c u r a - M a i a

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 _____
ano mês dia

Observações quanto à capacidade, se necessário _____

4 EMISSÃO

Data de emissão 19 Jun 2024

ROSÁRIO LOUREIRO
Diretora Adjunta do Centro Distrital do Porto

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