



SEGURANÇA SOCIAL

**TÍTULO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO N.º** 47 | 2 0 2 4 | Centro Distrital do Porto <sup>(1)</sup>  
N.º Ano Nome do Centro Distrital

**FUNCIONAMENTO DE RESPOSTAS SOCIAIS**

**1 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

Denominação do estabelecimento S E G U N D A F A M Í L I A  
Morada do estabelecimento R U A S A L G U E I R O M A I A 1 7 3  
Código postal 4 4 6 0 - 8 0 2 M A T O S I N H O S  
Localidade M A T O S I N H O S  
Distrito Porto  Concelho MATOSINHOS Freguesia CUSTÓIAS  
Telefone 939 138 908 E-mail mafaldasousa@segundafamilia.pt

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

Nome completo S E G U N D A F A M Í L I A , L D A  
N.º de Identificação de Segurança Social 2 5 1 5 7 5 2 4 8 7 4  
Morada R U A S A L G U E I R O M A I A 1 7 3  
Código postal 4 4 6 0 - 8 0 2 M A T O S I N H O S  
Localidade M A T O S I N H O S

**3 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO**

Identificação da resposta SAD (Serviço de Apoio Domiciliário)  
Capacidade máxima da resposta 40 (QUARENTA ) utentes.  
(por extenso)  
Data do Início do Funcionamento 2024 | 04 | 26  
ano mês dia  
Observações quanto à capacidade, se necessário

**4 EMISSÃO**

Data de emissão 2 0 2 4 | 10 | 22  
ano mês dia  
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**