



SEGURANÇA SOCIAL

**TÍTULO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO N.º** 6 2 0 23 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 Perfeito Amor

Morada do estabelecimento Rua Luís de Camões, n.º 7

Código postal 44 0 0 - 206

Localidade Santa Marinha

Distrito Porto Concelho Vila Nova de Gaia Freguesia Santa Marinha

Telefone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

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

Nome completo Perfeitainclusão Lda.

N.º de Identificação de Segurança Social 25169017022

Morada Rua Luís de Camões, n.º 7

Código postal 4 4 0 0 - 206

Localidade Vila Nova de Gaia

**3 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO**

Identificação da resposta estrutura residencial para pessoas idosas

Capacidade máxima da resposta 22 (vinte e dois)

Data do Início do Funcionamento 2023/04/11

**4 EMISSÃO**

Data de emissão 2 0 2 3 / 0 4 / 1 1  
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

