



SEGURANÇA SOCIAL

**TÍTULO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO N.º** 63 | 2 0 2 4 | Centro Distrital de Lisboa <sup>(1)</sup>  
N.º Ano Nome do Centro Distrital

**FUNCIONAMENTO DE RESPOSTAS SOCIAIS**

**1 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

Denominação do estabelecimento | A | m | o | r | à | V | i | d | a |  
Morada do estabelecimento | R | u | a | d | a | R | e | p | ú | b | l | i | c | a | , | n | ° | 4 | 0 | - | 2 | ° |  
Código postal | 2 | 6 | 7 | 0 | - | 4 | 6 | 9 | | L | o | u | r | e | s |  
Localidade | L | o | u | r | e | s |  
Distrito | Lisboa | Concelho | Loures | Freguesia | Loures |  
Telefone | 965131535 | E-mail | info@mkamoravida.pt

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

Nome completo | M | K | P | R | E | S | T | A | Ç | ã | o | D | E | S | E | R | V | I | Ç | o | s | S | O | C | I | A | I | S | , |  
L | D | A |  
N.º de Identificação de Segurança Social | 2 | 5 | 1 | 5 | 7 | 4 | 1 | 5 | 1 | 5 | 2 |  
Morada | R | . | F | r | a | n | c | i | s | c | o | A | l | m | e | i | d | a | G | r | a | n | d | e | l | i | a | 4 | 1 | S | . | A |  
Código postal | 2 | 0 | 6 | 5 | - | 2 | 2 | 4 | | A | l | c | o | e | n | t | r | e |  
Localidade | T | a | g | a | r | r | o |

**3 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO**

Identificação da resposta | Serviço de Apoio Domiciliário |  
Capacidade máxima da resposta | 50 | (cinquenta) | ) utentes.  
(por extenso)  
Data do Início do Funcionamento | 2 | 0 | 2 | 4 | 0 | 6 | 2 | 4 |  
ano mês dia  
Observações quanto à capacidade, se necessário

**4 EMISSÃO**

Data de emissão | 2024 | 08 | 27 |  
ano mês dia  
Assinatura e carimbo | *Saudefacelino* |

(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**