



SEGURANÇA SOCIAL

LICENCIAMENTO DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

1 LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

<input checked="" type="checkbox"/> Licença n.º	09	2 0 1 7	CENTRO DISTRITAL DE LISBOA	(1)
	Ano		Serviço de Segurança Social	
<input type="checkbox"/> Substitui a licença n.º		Ano		

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Denominação do estabelecimento	S Ó L I O X X I				
Localização do estabelecimento	A V E N I D A M A N U E L A L P E D R I N H A N.º 2 1				
Localidade	Á G U A S L I V R E S				
Código postal	2 7 2 0	-	3 5 3	A M A D O R A	
Distrito	Lisboa	Concelho	AMADORA	Freguesia	ÁGUAS LIVRES
Telemóvel / Telefone	214962590	Fax	214962592	E-mail	mail@solio.pt

3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GESTORA

Nome completo	S Ó L I O L A R I , L D A			
Morada	A V E N I D A M A N U E L A L P E D R I N H A N.º 3 6 - 3 6 A			
Localidade	A M A D O R A			
Código postal	2 7 2 0	-	3 5 5	A M A D O R A

4 RESPOSTA SOCIAL A DESENVOLVER NO ESTABELECIMENTO

ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSOS

5 CAPACIDADE MÁXIMA

O estabelecimento pode abranger o número máximo de	19	(DEZANOVE)	utentes.
			(por extenso)		

6 EMISSÃO

2 0 1 7 0 3 2 0	Isabel Saldida
ano mês dia	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 33/2014, de 4 de março.

Os dados constantes deste documento são registados no Sistema de Informação da Segurança Social. Poderá consultar pessoalmente a informação que lhe diz respeito, bem como solicitar a sua correção.

As falsas declarações são punidas nos termos da lei.