



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA  
GOVERNO REGIONAL  
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE  
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE, IP-RAM

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho Diretivo

do Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM

Dr. Herberto Jesus

**Assunto:** Mudança de Local de Atividade no Exercício de Funções

\_\_\_\_\_ (NOME DO MÉDICO CONVENCIONADO),  
titular da cédula profissional n.º \_\_\_\_\_, médico convencionado com a SRS  
desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, vem pelo presente informar V/ Exa., que se encontra a exercer a sua atividade

Para mais informa que deixou de exercer atividade em

\_\_\_\_\_  
(Data) / (Assinatura do Médico)

