



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: Exercício de Medicina Não Convencionada.

_____ (NOME DO MÉDICO), inscrito na Ordem dos Médicos com o n.º _____, vem pelo presente informar V/ Exa. que pretende exercer funções clínicas a partir de ___/___/____, como médico de _____, em _____, cujas instalações reúnem condições de funcionamento de acordo com o auto de vistoria homologado pela SRS em ___/___/_____.

Para o efeito, vem por este meio requerer, autorização para o exercício de Medicina não Convencionada bem como o fornecimento de requisições de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica e/ou Cuidados Respiratórios Domiciliários.

Internato Médico - Sim (apresentar declaração da Ordem para o livre exercício da profissão)

Ano: _____ - Não

Pede Deferimento,

(Data) / (Assinatura do Médico)

Juntar em anexo: Cópia da Cédula Profissional e cópia do Documento de Identificação Pessoal.

