



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.

