



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 da Denominação Social / Constituição de Nova Sociedade / Reembolso de Recibos

_____ (NOME DO MÉDICO CONVENCIONADO),
titular da cédula profissional n.º _____, médico convencionado com a SRAS desde
___/___/_____, a exercer a sua atividade em nome _____
vem pelo presente informar V/ Exa., que pretende passar a exercer em nome da Sociedade
_____, com sede social
_____.

Face ao exposto, vem por este meio requerer que os recibos emitidos em nome da Sociedade acima mencionada, sejam passíveis de reembolso, nas secções de reembolsos desse Instituto, de acordo com o objeto social constante da escritura em anexo.

Mais informa, que a referida sociedade exercerá a sua atividade na seguinte morada:
_____, cujas instalações reúnem condições
de funcionamento de acordo com o auto de vistoria homologado pela SRS em ___/___/_____.

Pede Deferimento,

(Data) / (Assinatura do Médico)

Juntar em anexo: Cópia do pacto social da nova sociedade e cópia do novo recibo.

