



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:** Alteração do corpo clínico da Unidade Privada de Saúde.

\_\_\_\_\_ (NOME DA ENTIDADE), com o código do local de prescrição n.º \_\_\_\_\_, vem o responsável clínico \_\_\_\_\_ pelo presente informar V/ Exa., que se encontram a exercer a sua atividade o(s) seguinte(s) médico(s):

1- (Nome) \_\_\_\_\_

2- (N.º Cédula) \_\_\_\_\_

3- (Nome) \_\_\_\_\_

4- (N.º Cédula) \_\_\_\_\_

5- (Nome) \_\_\_\_\_

6- (N.º Cédula) \_\_\_\_\_

7- (Nome) \_\_\_\_\_

8- (N.º Cédula) \_\_\_\_\_

9- (Nome) \_\_\_\_\_

10- (N.º Cédula) \_\_\_\_\_





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

11- (Nome) \_\_\_\_\_

12- (N.º Cédula) \_\_\_\_\_

13- (Nome) \_\_\_\_\_

14- (N.º Cédula) \_\_\_\_\_

15- (Nome) \_\_\_\_\_

16- (N.º Cédula) \_\_\_\_\_

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

