

Exma. Senhora  
Presidente do Conselho Diretivo  
do Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM  
M<sup>a</sup> Rita Gomes de Andrade

**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)