

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho Diretivo
do Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM
Dr.º. Bruno Freitas

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)