

Exma. Senhora
Presidente do Conselho Diretivo
do Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM
Dr.^a. M.^a Rita Gomes de Andrade

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) _____

11- (Nome) _____

12- (N.º Cédula) _____

13- (Nome) _____

14- (N.º Cédula) _____

15- (Nome) _____

16- (N.º Cédula) _____

(Data) / (Assinatura do Médico Responsável)