Exma. Senhora

Presidente do Conselho Diretivo

do Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM

Dra. Rubina Silva

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(os):

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) _____

Mod. IASAÚDE 344.07

Região Autónoma da Madeira | Governo Regional | Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil
Rua das Pretas, n.º 1 | 9004-515 Funchal | T. +351 291 212 300 F. +351 291 212 302
https://iasaude.pt | iasaude@iasaude.madeira.gov.pt | NIPC: 511 284 349

11- (Nome) _____

12- (N.º Cédula) _____

13- (Nome) _____

14- (N.º Cédula) _____

15- (Nome) _____

16- (N.º Cédula) _____

_____

(Data) / (Assinatura do Médico Responsável)

Região Autónoma da Madeira | Governo Regional | Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil
Rua das Pretas, n.º 1 | 9004-515 Funchal | T. +351 291 212 300 F. +351 291 212 302
https://iasaude.pt | iasaude@iasaude.madeira.gov.pt | NIPC: 511 284 349