**TERMO DE ADESÃO**

Exmo(a). Senhor(a)

Presidente do Conselho Diretivo

Do Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM

Rua das Prestas, n.º 1

9004-515 Funchal

[……] Nome ou designação social, Proprietário(s)…… sito em..., Concelho...,Distrito..., com o telefone n.º ... e endereço eletrónico...tendo como responsável (s) técnico ……………… residente(s) em…………..., declara(m) aceitar as condições contratuais estabelecidas no Protocolo de Adesão entre o IASAÚDE, IP-RAM e os médicos legalmente habilitados ou estabelecimentos de cuidados dentários aderentes ao “Programa + Sorriso”, com vista à comparticipação na colocação de aparelhos de ortodontia (aparelhos fixos e removíveis), para crianças e jovens com idades compreendidas entre os 10 e os 16 anos, inclusive, aprovado pela Deliberação do Conselho Diretivo do Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM, datada de …/…/2023, conforme Regulamento constante do Anexo da Resolução n.º ……, de …/…/2023, publicada no JORAM I Série n.º …, de …/…/2023.

Para efeitos do presente termo anexa os seguintes documentos:

- Cópia da certidão de registo comercial (1);

- Cópia da certidão da segurança social;

- Cópia da certidão das finanças;

- Cópia de documento de identificação do Responsável;

- Cópia da inscrição na Ordem dos Médicos Dentistas ou na Ordem dos Médicos;

- Comprovativo de adesão do médico legalmente habilitado ou do estabelecimento à Convenção estabelecida entre a Secretaria Regional dos Assuntos Sociais e Parlamentares e a Associação Profissional dos Médicos Dentistas (1);

- Comprovativo do licenciamento.

Funchal, ……………………

Assinatura do Responsável

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Quando aplicável.