

## TERMO DE ADESÃO

Exma. Senhora

Presidente do Conselho Diretivo

do Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM

\_\_\_\_\_ (Nome ou designação social),  
Proprietário(s) da clínica/consultório(s) \_\_\_\_\_ sito(s)  
em \_\_\_\_\_  
Concelho \_\_\_\_\_, Distrito \_\_\_\_\_, com o telefone n.º \_\_\_\_\_, e  
endereço eletrónico \_\_\_\_\_ tendo como responsável (s) técnico o  
médico especialista \_\_\_\_\_ ou o médico(s) com idoneidade reconhecida pela  
Ordem dos Médicos para a prestação de cuidados de saúde no âmbito da RMN, residente(s)  
em \_\_\_\_\_, declara(m)  
aceitar as condições contratuais estabelecidas no Clausulado-Tipo da Convenção para a prestação de  
RMN, constante do Anexo I da Portaria n.º 72/2021, publicada no publicada no JORAM, n.º 44, série I,  
de 10 de março de 2021.

Mais identifica o(s) médico(s) aderente(s) à Convenção celebrada entre a Secretaria Regional de Saúde  
e Proteção Civil e o Conselho Médico da Região Autónoma da Madeira da Ordem dos Médicos,  
responsável(eis) pela realização dos atos médicos previstos na Convenção supramencionada:

\_\_\_\_\_ (Nome do médico convencionado) com o número  
de cédula profissional \_\_\_\_\_.

Mais declara(m) que a referida clínica/consultório obedece aos requisitos de idoneidade para a  
celebração de convenção e se compromete a cumprir o estabelecido nas condições contratuais acima  
referidas e de acordo com os dados constantes da(s) Ficha(s) técnica(s) anexa(s), e que possui(em)  
capacidade de atendimento para \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável



## FICHA TÉCNICA

### I. Entidade que se propõe exercer a atividade

#### 1. Entidade Singular

1.1.	Nome	NIF:
------	------	------

1.2.	Residência
------	------------

#### 1.3. Endereço da Clínica ou Consultório

Código Postal Telefone

Fax Email

#### 2. Entidade Coletiva

2.1.	Designação Social	NIF:
------	-------------------	------

2.2.	Sede
------	------

Código Postal Telefone

Fax Email

#### 2.3. Pacto Social publicado no D.R. n.º , de

### II. Instalações

Endereço da Clínica ou Consultório

Código Postal Telefone

Fax Email

### III. Equipamento médico e geral

Identificação tendo por base o disposto no Anexo VI da Portaria n.º 287/2012, de 20 de setembro, alterada pela Portaria n.º 136-B/2014, de 3 julho



#### IV. Pessoal

##### 1. Responsável Técnico

Nome
Especialidade
Cédula Profissional
Secção Regional
Residência

##### 2. Responsável Técnico Substituto

Nome
Especialidade
Cédula Profissional
Secção Regional
Residência

##### 3. Outros Médicos

Nome
Especialidade
Cédula Profissional
Secção Regional
Residência

##### 4. Técnicos

Nome
Habilitações Profissionais
Cédula Profissional

#### V. Capacidade de Atendimento

	<i>Segunda</i>	<i>Terça</i>	<i>Quarta</i>	<i>Quinta</i>	<i>Sexta</i>	<i>Sábado</i>	<i>Domingo</i>
Dias	Das :	Das :	Das :	Das :	Das :	Das :	Das :
	Às :	Às :	Às :	Às :	Às :	Às :	Às :
E							
Horas	e	e	e	e	e	e	e
	Das :	Das :	Das :	Das :	Das :	Das :	Das :
	Às :	Às :	Às :	Às :	Às :	Às :	Às :



## VI. Valências

**Identificação dos exames realizados, de acordo com a tabela em anexo I à Portaria**

---

---

---

---

---

---

---

