

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 do Acordo de Faturação para a
prestação de RMN, constante do Anexo I da Portaria n.º 73/2021, 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 no acordo de faturação supramencionado:

_____ (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 acordos de faturação 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

