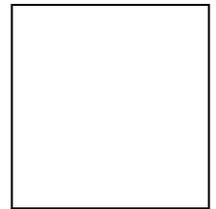




Região do Sul



REQUERIMENTO DE REINSCRIÇÃO

- Preencher em Maiúsculas -

Cédula profissional n.º							
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Nome completo			
Nome clínico			
Naturalidade	Nacionalidade	Data nascimento	<i>Dd /mm / aaaa</i>
Bi/cc n.º/ passaporte	Nif		
Licenciatura/faculdade	País	Data	<i>Dd /mm /aaaa</i>
Requer a reinscrição na Ordem dos Médicos, para o que junta os documentos abaixo mencionados:			
<ul style="list-style-type: none">• Registo Criminal <input type="checkbox"/>• Documento comprovativo de Idoneidade profissional <input type="checkbox"/>• Outro documento <input type="checkbox"/> Qual _____			
Morada			
Localidade	Código Postal	-	
Telefone	Telemóvel	E-mail	

Assinatura

Autorizado
O Presidente do CRS

Data

TIPO DE PAGAMENTO	FORMA DE COBRANÇA	ESCALÃO
-------------------	-------------------	---------

RSR005/V01

