

## FICHA TÉCNICA

(Convenção na área da Medicina Física e de Reabilitação)

### I. Entidade que se propõe exercer a atividade (preencher o aplicável)

#### 1. Entidade em Nome Individual

1.1. Nome:

1.2. Residência / Morada para efeitos fiscais:

Código postal:                      Concelho:                      Distrito:

Telefone:                              Fax:

E-mail:

1.3. N.º de Contribuinte:

1.4. Licença de Funcionamento n.º

#### 2. Entidade Coletiva

2.1. Designação social:

2.2. Sede Social:

Código postal:                      Concelho:                      Distrito:

Telefone:                              Fax:

E-mail:

2.3. N.º identificação de pessoal coletiva:

2.4. Licença de Funcionamento n.º

2.5. Sócios/Acionistas:

2.6. Gerentes/Administradores:

### II. Instalações

#### 1. Localização do Consultório:

Morada:

Código postal:                      Concelho:                      Distrito:

Telefone:                              Fax:

E-mail:

### III. Pessoal

## 1. Responsável Técnico/Substituto

1.1. Nome:

Especialidade:

Cédula Profissional:

Secção Regional:

Horário de presença física (dias/horas):

## 2. Outros Especialistas

2.1. Nome:

Especialidade:

Cédula Profissional:

Secção Regional:

Horário (dias/horas):

## 3. Técnicos

3.1. Nome:

Cédula Profissional:

Habilitações Literárias:

Horário (dias/horas):

## 4. Outro Pessoal Técnico

4.1. Nome:

Habilitações Literárias:

Horário (dias/horas):

## IV. Capacidade de Atendimento

### 1. Horário de Funcionamento

1.1. Atendimento/Marcação de Consultas e Tratamentos:  
(dias/horas)

1.2. Consultas:  
(dias/horas)

1.3. Tratamentos:  
(dias/horas)

### 2. Capacidade de Atendimento:

N.º de consultas/dia:

N.º de utentes/dia:

N.º de Tratamentos/dia:

## V. Equipamento

## VI. Valências

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

Assinatura e carimbo da entidade

\_\_\_\_\_  
(Gerência/Administradores ou por quem obriga a entidade)