

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)