



## Requerimento de Licença Limitada de Profissional de Saúde – Parte I (Preenchido pela entidade requerente)

I. Dados da entidade requerente				
Nome em chinês				
Nome estrangeiro				
Tipo		<input type="checkbox"/> Serviços de Saúde <input type="checkbox"/> Unidade privada de saúde registada nos Serviços de Saúde <input type="checkbox"/> Instituições educativas <input type="checkbox"/> Instituições de apoio social <input type="checkbox"/> Outras (Indique: _____)		
N.º de registo (Se aplicável)				
Dados de representatnte legal <sup>Nota 1</sup>	Nome	em chinês		Nome estrangeiro
	Documento de identificação	Tipo	<input type="checkbox"/> BIR Permanente <input type="checkbox"/> BIR não Permanente <input type="checkbox"/> Outro (Indique: _____)	
		N.º		
Nome da pessoa de contacto				
N.º de Telefone em Macau			E-mail	
Morada em Macau				

II. Dados de requerimento <sup>Nota 2</sup>			
Tipo de requerimento	A. Realização de acções de formação médica especializada; B. Realização de trabalhos de estudo de elevada tecnicidade; C. Inexistência ou carência na RAEM de profissionais de saúde especialmente qualificados; D. Introdução de nova tecnologia no domínio da medicina; E. Prestação de socorros de emergência; F. Outro (Indique: _____).		
Dados sobre o profissional de saúde a ser contratado			
Nome			
Tipo de requerimento (Várias opções disponíveis)			
Categorias profissionais			

	<input type="checkbox"/> Corresponde ao endereço da entidade <input type="checkbox"/> Outro (Indique na coluna abaixo)	<input type="checkbox"/> Corresponde ao endereço da entidade <input type="checkbox"/> Outro (Indique na coluna abaixo)	<input type="checkbox"/> Corresponde ao endereço da entidade <input type="checkbox"/> Outro (Indique na coluna abaixo)
Local para o exercício da actividade			
Conteúdo funcional			
Justificações			

### III. Documentos entregues

- 1. Requerimento de Licença Limitada de Profissional de Saúde preenchido – Parte I
- 2. Requerimento de Licença Limitada de Profissional de Saúde preenchido – Parte II, no total \_\_\_\_\_ requerimentos e anexos relacionados
- 3. Declaração comprovativa da natureza da relação a estabelecer entre a entidade e o profissional de saúde, no total \_\_\_\_\_ declarações
- 4. Requerimento de Licença Limitada de Profissional de Saúde preenchido – Suplemento da Parte I, no total \_\_\_\_\_ folhas de suplemento (Se aplicável)
- 5. Cópia do documento de identificação do representante legal da entidade requerente <sup>Nota 1</sup> (Se aplicável)
- 6. Cópia da licença administrativa válida da entidade requerente <sup>Nota 1</sup> (Se aplicável)
- 7. Cópia dos estatutos sociais publicados no “Boletim Oficial da Região Administrativa Especial de Macau” <sup>Nota 1</sup> (Se aplicável)
- 8. Outros (Indique) \_\_\_\_\_

### IV. Declaração de recolha de dados pessoais

Em conformidade com a Lei n.º 8/2005 (Lei da Protecção de Dados Pessoais):

1. Os dados pessoais e outras informações relevantes fornecidas neste formulário, bem como os documentos exigidos para este requerimento, são apenas tratados com finalidades relativas ao presente requerimento.
2. Os dados acima apresentados podem ser utilizados para efeitos de estatística e estudo, contudo, as estatísticas obtidas e o resultado de estudo não serão publicados na forma em que os dados pessoais possam ser identificados.
3. Em cumprimento da obrigação legal, os referentes dados podem ser comunicados às autoridades policiais, às entidades judiciais ou a outras entidades competentes.
4. Os titulares dos dados têm direito de acesso, rectificação ou actualização aos seus dados pessoais conservados pela UTLAP destes Serviços.

### V. Declaração

- 1. Entendo que caso a situação do exercício da actividade do titular da Licença Limitada de Profissional de Saúde seja alterada, a entidade requerente deve notificar os Serviços de Saúde por escrito no prazo de 30 dias contados a partir da data da mudança e anexar os documentos comprovativos relevantes.
- 2. Entendo que as funções reais desempenhadas pelo titular da Licença Limitada de Profissional de Saúde devem corresponder às aprovadas.
- 3. Entendo que o disposto no requerimento de Licença Limitada de Profissional de Saúde não prejudica a aplicação das disposições legais aplicáveis aos trabalhadores não residentes.
- 4. Os dados apresentados e os documentos anexados a este requerimento são idênticos e verdadeiros, e declaro que li e compreendi a “Declaração de Recolha de Dados Pessoais” supracitada.

Data	Assinatura do representante legal (conforme documento de identificação) e carimbo de pessoa colectiva
_____/_____/_____ Ano        mês        dia	_____ _____

### Notas:

1. Caso a entidade requerente seja os Serviços de Saúde ou a unidade privada de saúde registada nos Serviços de Saúde, não é necessário preencher os dados do representante legal e apresentar os documentos pertinentes.
2. Caso não haja espaço suficiente na 2.ª parte deste formulário (Dados de requerimento), o(s) suplemento(s) pode(m) ser usado(s) para efeitos da entrega.
3. Este formulário e o Requerimento de Licença Limitada de Profissional de Saúde – Parte II devem ser entregues juntamente.
4. Preencha em letra de imprensa. Todos os documentos comprovativos necessários, devem ser apresentados, de forma completa e correcta, o requerimento não será tratado no caso de que os documentos apresentados pelo requerente não sejam correspondidos às respectivas disposições.