



## Requerimento de suspensão ou cancelamento de licença integral de profissional de saúde

1. Dados pessoais			
Nome em Chinês	em	Nome em Português	
Tipo de licença		N.º de licença	
N.º de contacto de Macau		Correio electrónico	
Morada em Macau (chinês/português)			

2. Tipo de pedido	
<input type="checkbox"/> Suspensão de licença integral ( indique o ano _____ )	
<input type="checkbox"/> Cancelamento de licença integral	<input type="checkbox"/> Cancelamento de licença integral ( Falecimento de titular )

3. Documentos a ser apresentados	
<input type="checkbox"/> 1.	Requerimento de suspensão ou cancelamento de licença integral de profissional de saúde devidamente preenchido
<input type="checkbox"/> 2.	Original de licença integral <input type="checkbox"/> Em caso de perda da licença, deve ser apresentada juntamente com cópia da Declaração de Perda de Licença emitida por autoridade competente <input type="checkbox"/> Se o titular da licença faleceu, deve ser apresentado juntamente com uma cópia da certidão de óbito
<input type="checkbox"/> 3.	Declaração de gestão e conservação de processos clínicos da responsabilidade de prestadores de cuidados de saúde, pessoas colectivas (se houver)
<input type="checkbox"/> 4.	Cópias autenticadas de certificados ou documentos comprovativos relativos a registo definitivo de cancelamento de acreditação emitidos pelo Conselho de Profissões Médicas (se aplicável)

4. Declaração de recolha de dados pessoais	
De acordo com a Lei n.º 8/2005 “Lei da Protecção de Dados Pessoais” :	
1. Os dados pessoais recolhidos e relevantes, bem como os documentos apresentados para o presente pedido são tratados com finalidades relativas ao seu requerimento.	
2. Os dados acima apresentados podem ser utilizados para efeitos de estatística e estudos, contudo, não podem ser publicados em forma de informações de identificação pessoal nos resultados.	
3. Em cumprimento da obrigação legal, os referentes dados podem ser comunicados às autoridades policiais, às entidades judiciárias ou a outras entidades competentes.	
4. Os requerentes têm direito de acesso, rectificação ou actualização aos seus dados pessoais conservados pela Unidade Técnica de Licenciamento das Actividades e Profissões Privadas de Prestação de Cuidados de Saúde destes Serviços.	

5. Declaração	
Venho, por este meio, declarar que os dados apresentados e os documentos anexados a este requerimento são verdadeiros, bem como tomei conhecimento e compreendi plenamente a “Declaração de Recolha de Dados Pessoais” acima.	
<b>Data</b>	<b>Assinatura de requerente (deve estar conforme assinatura constante no documento de identificação)</b>
_____ Ano _____ Mês _____ Dia	_____

### Observações

1. O período de suspensão não pode exceder dois anos de cada vez.
2. Se o requerente explorar uma clínica médica, a placa ou outras publicidades médicas da clínica médica devem ser retirados aquando do pedido de suspensão/cancelamento da licença.
3. O presente formulário deve ser preenchido em letra legível. Caso os requerentes não apresentem os documentos comprovativos necessários, de forma completa e correcta, o requerimento não será tratado.