



Requerimento de cancelamento de licença limitada de profissional de saúde

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

2. Tipo de pedido	
<input type="checkbox"/> Cancelamento de licença limitada	<input type="checkbox"/> Cancelamento de licença limitada (Falecimento de titular)

3. Documentos a ser apresentados	
<input type="checkbox"/> 1.	Requerimento de cancelamento de licença limitada de profissional de saúde devidamente preenchido
<input type="checkbox"/> 2.	Cópia autenticada de certificado ou documentos comprovativos de demissão emitido por entidade empregadora
<input type="checkbox"/> 3.	Original de licença limitada
	<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 for falecido, deve ser apresentado juntamente com uma cópia da certidão de óbito
<input type="checkbox"/> 4.	Declaração de gestão e conservação de processos clínicos da responsabilidade de prestadores de cuidados de saúde, pessoas colectivas (se houver)

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 judiciais 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.	
Data	Assinatura de requerente (deve estar em conformidade com o formato de assinatura constante no documento de identificação)
_____ Ano _____ Mês _____ Dia	_____

Observações: 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.