

TERMO DE ADESÃO PIPCO-RAM

_____, médico (a) dentista,
nascido(a) a ____/____/____, residente _____, licenciado (a)
pela _____, portador da cédula
profissional da OMD n.º _____, exercendo a sua atividade profissional em (local /
entidade) _____, (localidade) _____,
na qualidade de médico(a) dentista, com o n.º fiscal de contribuinte _____,
selecionado de acordo com os critérios de seleção constantes da Deliberação do Bastonário da
Ordem dos Médicos Dentistas, declara aceitar as obrigações decorrentes da ADESÃO ao
PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PRECOCE DO CANCRO ORAL NA REGIÃO AUTÓNOMA
DA MADEIRA (PIPCO-RAM), no âmbito do Sistema Regional de Saúde da Região Autónoma
da Madeira.

_____, ____ de _____ de 202_

(O/A médico(a) dentista)
