



Formulário de Solicitação de documentos, informações ou esclarecimentos

• **DADOS DO REQUERENTE**

Nome: _____

Médico(a) Cédula profissional n.º _____, Outros

Telefone: _____ Email: _____

• **ESPECIFICAÇÃO DO DOCUMENTO OU INFORMAÇÃO REQUERIDA**

Declaração de inscrição na OMC (Valor da Taxa - 500. escudos) PAGO POR PAGAR

Declaração do Título de Especialista (Valor da Taxa - 500. escudos) PAGO POR PAGAR

Reconhecimento de Especialidade

Inscrição na OMC

Outros _____

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Data ____/____/____	Assinatura do Requerente
------------------------	--------------------------

Recebido por: _____, em ____/____/2020

Despacho:

