

# FICHA DE INSCRIÇÃO

POR FAVOR PREENCHA COM LETRA MAIÚSCULA E BEM LEGÍVEL (O PREENCHIMENTO INCORRECTO DESTE FORMULÁRIO LEVARÁ À SUA ANULAÇÃO)



Cédula profissional nº  
(a preencher pela OMD)

Nome Clínico aprovado ( a preencher pela OMD)

1-Nome

2-Sexo  
M | F

3-Estado Civil

4-Nacionalidade

5-Data de Nascimento

6-Freguesia

7-Concelho

8-Distrito

9-Filho de

10-e de

11-Bilhete de Identidade

12-Data

13-Local de emissão

14-Outro documento

15-Identificação fiscal

16-Data da Licenciatura

17-Estabelecimento de Ensino

18-Local da Equivalência

19-Data

20-Nome Clínico (1ª hipótese)

21-Nome Clínico (2ª hipótese)

22-Nome Clínico (3ª hipótese)

23-Residência

24-Localidade

25-Código Postal

26-Concelho

27-Distrito

28-Telefone

29-Telemóvel

30-E-mail

31-Envio de informação via CTT para:

Residência

Consultório  1  2  3  4  5

Data de entrada

32-Envio de informação via e-mail para:

Residência

Consultório  1  2  3  4  5

(a preencher pela OMD)

Não autorizo o envio de correspondência não oficial da OMD

Assinatura

Fotografia

A assinatura (usada na clínica) deve ser feita com marcador não fino de cor preta, bem nítida, dimensionada para o espaço assinalado, de modo a ocupá-lo sem o ultrapassar e sem tocar nos limites

Deliberada a inscrição em

Presidente do Conselho Directivo

(ver verso)

**CONSULTÓRIO 1**

33-Designação da Clínica ou Consultório

34-Nome do Director Clínico

35-Morada

36-Localidade

37-Código Postal

38-Concelho

39-Distrito

40-Telefone

41-Fax

42-E-mail

**CONSULTÓRIO 2**

43-Designação da Clínica ou Consultório

44-Nome do Director Clínico

45-Morada

46-Localidade

47-Código Postal

48-Concelho

49-Distrito

50-Telefone

51-Fax

52-E-mail

**CONSULTÓRIO 3**

53-Designação da Clínica ou Consultório

54-Nome do Director Clínico

55-Morada

56-Localidade

57-Código Postal

58-Concelho

59-Distrito

60-Telefone

61-Fax

62-E-mail

**CONSULTÓRIO 4**

63-Designação da Clínica ou Consultório

64-Nome do Director Clínico

65-Morada

66-Localidade

67-Código Postal

68-Concelho

69-Distrito

70-Telefone

71-Fax

72-E-mail

**CONSULTÓRIO 5**

73-Designação da Clínica ou Consultório

74-Nome do Director Clínico

75-Morada

76-Localidade

77-Código Postal

78-Concelho

79-Distrito

80-Telefone

81-Fax

82-E-mail

1 | Os dados fornecidos serão processados informaticamente.

2 | É obrigatório o preenchimento do presente documento a fim de estabelecer o registo dos profissionais de Medicina Dentária.

3 | Todos os membros têm o direito de acesso às informações sobre eles mesmos registadas, desde que o interessado se identifique devidamente.

4 | O responsável pelo ficheiro é o Bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas.