



澳門特別行政區政府  
Governo da Região Administrativa Especial de Macau  
衛生局  
Serviços de Saúde

## Requerimento de Licença Limitada de Profissional de Saúde – Parte II (Preenchido pelo profissional de saúde)

1.º requerimento       Requerimento de reinício

### I. Tipo de Profissional de Saúde

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médico                       | <input type="checkbox"/> Médico Dentista       | <input type="checkbox"/> Médico de Medicina Tradicional Chinesa | <input type="checkbox"/> Enfermeiro     |
| <input type="checkbox"/> Técnico de Análises Clínicas | <input type="checkbox"/> Técnico de Radiologia | <input type="checkbox"/> Quiroprático                           | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional        | <input type="checkbox"/> Terapeuta da Fala     | <input type="checkbox"/> Psicólogo                              | <input type="checkbox"/> Dietista       |

### II. Finalidade do pedido de licença e Informação sobre o estabelecimento

<input type="checkbox"/> Prestação de serviços de cuidados de saúde em regime privado	Nome da entidade contratante	
	Nome do estabelecimento	
<input type="checkbox"/> Prestação de serviços de cuidados de saúde em entidades públicas de Macau	Nome da entidade contratante	
	Nome de cargo e descrição de funções	
	Nome do estabelecimento	

### III. Dados pessoais

Nome em chinês		Nome estrangeiro			
Nacionalidade	<input type="checkbox"/> Chinesa <input type="checkbox"/> Portuguesa <input type="checkbox"/> Outra (Indique) _____	Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Linguagem de comunicação	<input type="checkbox"/> Chinês <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês
Documento de identificação	Tipo: _____ N.º: _____	Local de Nascimento		Data de Nascimento	___ Ano ___ mês ___ dia
N.º de Telefone em Macau		E-mail			
Morada em Macau (em chinês/em português)					

**IV. Documentos entregues**

Para o requerimento de uma Licença Limitada de Profissional de Saúde, concordo com que os seguintes documentos possam ser entregues aos Serviços de Saúde pela entidade contratante acima mencionada:

<input type="checkbox"/> 1. Requerimento de Licença Limitada de Profissional de Saúde preenchido – Parte II	<input type="checkbox"/> 2. Cópia de Documento comprovativo de identificação
<input type="checkbox"/> 3. Atestado de Aptidão Física e Mental	<input type="checkbox"/> 4. Certificado de Registo Criminal
<input type="checkbox"/> 5. Atestado de boa conduta profissional	<input type="checkbox"/> 6. Currículo pessoal assinado e cópia de certificado da sua experiência prática
	<b>1.º requerimento</b>
<input type="checkbox"/> 7. Cópia de certidão de registo para o exercício da profissão emitida pela entidade competente do exterior da RAEM	<input type="checkbox"/> Entrega pelo requerente
<input type="checkbox"/> 8. Certidão das suas habilitações académicas ou profissionais ou a sua pública forma	<input type="checkbox"/> Entregue pelo requerente, ou <input type="checkbox"/> Não foi entregue e o requerente declara que o respectivo documento se encontra arquivado nos Serviços de Saúde, não havendo alteração do conteúdo do referido documento
<input type="checkbox"/> 9. Cópia de certificado da qualificação ou a sua pública forma (se aplicável, indique a categoria _____ )	<input type="checkbox"/> Entregue pelo requerente, ou <input type="checkbox"/> Não foi entregue e o requerente declara que o respectivo documento se encontra arquivado nos Serviços de Saúde, não havendo alteração do conteúdo do referido documento
<input type="checkbox"/> 10. Certificado de participação em actividade de desenvolvimento profissional contínuo	<input type="checkbox"/> Entregue pelo requerente, ou <input type="checkbox"/> Não foi entregue e o requerente declara que a informação foi declarada aos Serviços de Saúde

**V. Declaração de Incompatibilidades (Aplicável apenas ao profissional de saúde que se candidata à prestação de serviços de cuidados de saúde em regime privado)**

Venho, por este meio, declarar, ao abrigo dos dispostos no artigo 22.º e na alínea 3) do n.º 1 do artigo 23.º da Lei nº 18/2020 (Regime da qualificação e inscrição para o exercício de actividade dos profissionais de saúde) que:

1. Não exerço qualquer outra actividade ou função que diminua a independência e a dignidade da profissão de \_\_\_\_\_.
2. Não exerço a profissão e as actividades farmacêuticas (aplicável ao médico e ao médico dentista).
3. Não exerço actividade incompatível com a profissão de \_\_\_\_\_.

**VI. Declaração de recolha de dados pessoais**

Em conformidade com a Lei n.º 8/2005 (Lei da Protecção de Dados Pessoais):

- Os dados pessoais e outras informações relevantes fornecidas neste formulário, bem como os documentos exigidos para este requerimento, são apenas tratados com finalidades relativas ao presente requerimento.
- Os dados acima apresentados podem ser utilizados para efeitos de estatística e estudo, contudo, as estatísticas obtidas e o resultado de estudo não serão publicados na forma em que os dados pessoais possam ser identificados.
- Em cumprimento da obrigação legal, os referentes dados podem ser comunicados às autoridades policiais, às entidades judiciais ou a outras entidades competentes.
- Os titulares dos dados têm direito de acesso, rectificação ou actualização aos seus dados pessoais conservados pela UTLAP destes Serviços.

**VII. Declaração**

1. Concordo com que os Serviços de Saúde solicitaram, verificaram e aprovaram as informações e documentos exigidos por este requerimento juntos dos departamentos competentes, bem como irão fornecer os resultados da aprovação aos serviços competentes, se houver.
2. Entendo que as funções reais desempenhadas pelo titular da Licença Limitada de Profissional de Saúde devem corresponder às aprovadas.
3. Entendo que o disposto no requerimento de Licença Limitada de Profissional de Saúde não prejudica a aplicação das disposições legais aplicáveis aos trabalhadores não residentes.
4. Os dados apresentados e os documentos anexados a este requerimento são idênticos e verdadeiros, e declaro que li e compreendi a “Declaração de Recolha de Dados Pessoais” supracitada.

Data	Assinatura do requerente (conforme documento de identificação)
<p style="text-align: center;">_____/_____/_____ Ano            mês            dia</p>	<p style="text-align: center;">_____</p>

**Notas:**

1. Este formulário e o Requerimento de Licença Limitada de Profissional de Saúde — Parte I devem ser entregues em conjunto.
2. Preencha em letra de imprensa. Todos os documentos comprovativos necessários, devem ser apresentados, de forma completa e correcta, o requerimento não será tratado no caso de que os documentos apresentados pelo requerente não sejam correspondidos às respectivas disposições.