

3. Declarações do Titular do Certificado

3.1. Declaro que aceito e respeitarei as regras, procedimentos e práticas da Declaração de Práticas de Certificação (ver http://pki.multicert.com/politicas/cps/MULTICERT_CA.html) e das Políticas de Certificado (ver <http://pki.multicert.com/politicas/cp/adq.html> e <http://pki.multicert.com/politicas/cp/auth.html>), já do meu conhecimento, assim como as responsabilidades daí inerentes.

3.2. Declaro que aceito que todos os dados que constam neste Contrato possam ser incluídos no Distinguished Name do Certificado Digital.

3.3. Declaro que toda a informação que disponibilizei neste Contrato é verdadeira e que envio/apresento toda a documentação exigida de forma a comprovar a sua veracidade.

3.4. Declaro que assumo a responsabilidade da gestão segura do par de chaves assimétricas (chave pública e chave privada) para o qual solicito o Certificado Digital.

3.5. Declaro que tomei conhecimento das Condições Gerais do CONTRATO DE EMISSÃO DE CERTIFICADO DIGITAL (ver <http://pki.multicert.com/politicas/contrato/cgerais.html>) tendo lido integralmente o seu conteúdo antes de as subscrever e tendo-me sido prestadas, pela Ordem dos Médicos, todas as explicações que, a seu respeito, solicitei.

3.6. No caso de ser simultaneamente Responsável da Entidade Requerente, declaro e garanto que possuo os poderes de representação necessários e suficientes para vincular a Entidade Requerente neste Contrato, sob pena de me serem imputadas toda a responsabilidade civil e criminal legalmente aplicável.

_____, _____ de _____ de _____
(local e data)

(Assinatura conforme documento de identificação)

4. Declarações do (s) Responsável (eis) da Entidade Requerente:

4.1. Declaro e garanto que possuo os poderes de representação necessários e suficientes para vincular a Entidade Requerente neste Contrato, sob pena de me serem imputadas toda a responsabilidade civil e criminal legalmente aplicável.

4.2. Declaro que tomei conhecimento das Condições Gerais do CONTRATO DE EMISSÃO DE CERTIFICADO DIGITAL (ver <https://pki.multicert.com/politicas/contrato/cgerais.html>), tendo lido integralmente o seu conteúdo antes de as subscrever e tendo-me sido prestadas, pela Ordem dos Médicos, todas as explicações que, a seu respeito, solicitei.

4.3. Declaro que envio este Contrato sem qualquer tipo de rasura não ressalvada ou não identificada e que tenho conhecimento que caso a MULTICERT considere que o Contrato está ilegível ser-me-á solicitado um novo.

Nome Completo do Responsável da Entidade Requerente:

_____, _____ de _____ de _____
(local e data)

(Assinatura conforme documento de identificação)

A preencher pelos serviços da Ordem dos Médicos

Verificado por: _____

Submetido por: _____

ID: _____

ID: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____



ORDEM DOS MÉDICOS
SECÇÃO REGIONAL DO NORTE

PEDIDO DE 2ª VIA/RENOVAÇÃO CÉDULA PROFISSIONAL

Médico(a) titular da Cédula Profissional n.º _____ inscrito(a) na Secção Regional do Norte, vem pelo presente requerer a reemissão da sua Cédula Profissional por motivo de:

☐

Chip Danificado

☐

Má qualidade da fotografia

☐

Alteração de dados (Nome/Nome Clínico)

☐

Inscrição no colégio de especialidade

☐

Roubo / Extravio

☐

Renovação

☐

Outro (indicar qual):

_____, _____ de _____ de 20____
