S. R.
REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE E PROTEÇÃO CIVIL
DIREÇÃO REGIONAL DA SAÚDE

REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO TRANSITÓRIA PARA O EXERCÍCIO DE MEDICINA DO TRABALHO

Atualização | 16-01-2024

Exma. Senhora
Diretora Regional da Saúde

Nome completo do médico _____

Data de nascimento ___/___/_____ N.º identificação civil _____

Residência _____ Código postal _____

Telefone/Telemóvel _____ Endereço de correio eletrónico _____

Número de cédula profissional _____ Número mensal de horas _____ a dedicar à atividade de Medicina do Trabalho e sua compatibilidade com eventual atividade no Serviço Regional de Saúde, vem solicitar a V. Exa., nos termos do n.º 3 do art.º 103.º da Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, em conjugação com a Orientação Técnica n.º 01/2021, de 03-11-2021, atualizada a 30-09-2022, da Direção Regional da Saúde (DRS):

☐ Autorização para o exercício de Medicina do Trabalho (I.3 e II.1*);
☐ Prorrogação da autorização para o exercício de Medicina do Trabalho (II.a), b) ou c), II.1 e II.2. a), b) ou c)*);
☐ Renovação da autorização para o exercício de Medicina do Trabalho (II.d ou e), II.1 e II.2.d) ou e)*).

Junta os seguintes elementos:

			Situação do médico*				
		Sinalize com X os documentos que apresenta à Direção Regional da Saúde	**a)**	**b)**	**c)**	**d)**	**e)**
Critérios gerais (III.2.1*)	☐	Cópia do documento de identificação civil	✓	✓	✓	✓	✓
	☐	Cópia da cédula profissional (válida)	✓	✓	✓	✓	✓
	☐	Declaração que ateste o n.º de horas/mês a dedicar à atividade de Medicina do Trabalho e sua compatibilidade com eventual atividade no Serviço Regional de Saúde	✓	✓	✓	✓	✓
	☐	Declaração da Ordem dos Médicos de que se encontra registado, em pleno gozo dos seus direitos estatutários, e que nada consta em seu desabono	✓	✓	✓	✓	✓
Critérios especiais (III.2.2*)	☐	Documento comprovativo da conclusão da "Formação Geral" (1.º ano do Internato Médico) do "Programa de formação da área de especialização de Medicina do Trabalho",emitido pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP	✓				
	☐	Documento comprovativo da inscrição no exame da especialidade de Medicina do Trabalho, emitido pela Ordem dos Médicos		✓			
	☐	Cópia do requerimento de inscrição no Colégio da Especialidade de Medicina do Trabalho por equivalência do título, emitido pela Ordem dos Médicos			✓		
	☐	Parecer fundamentado do júri nacional designado pelo Conselho Nacional da Ordem dos Médicos, sob proposta do respetivo colégio			✓		
	☐	Documento comprovativo da conclusão com aproveitamento do curso de formação pós-graduada de Especialização em Medicina do Trabalho, emitido pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto				✓	
	☐	Documento comprovativo da conclusão com aproveitamento do curso de formação pós-graduada de Medicina do Trabalho, emitido por Universidade Portuguesa					✓

* Orientação Técnica n.º 01/2021, de 03-11-2021, atualizada a 30-09-2022, da DRS.

_____, ____/____/_____

Pede deferimento,

Assinatura_____

Mod. DRS 122.04

Rua 31 de Janeiro, n.os 54 e 55 | 9054-511 Funchal | T. +351 291 145 050
www.madeira.gov.pt/drs | drs@madeira.gov.pt | NIF: 600 086 623