**(MÉDICOS ESPECIALISTAS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 55 ANOS)**

**DECLARAÇÃO DE INDISPONIBILIDADE**

**PARA A PRESTAÇÃO DE TRABALHO INDEVIDO**

**Exmo(a). Senhor(a)**

**Presidente do Conselho de Administração**

**do (…)**[[1]](#footnote-1)

**Exmo(a). Senhor(a)**

**Diretor(a) Clínico(a)**

**Exmo(a). Senhor(a)**

**Diretor(a) do Serviço de (…)**[[2]](#footnote-2)

 **(Nome completo)**, de (…) anos de idade, (categoria profissional[[3]](#footnote-3)) de (especialidade) da (carreira especial médica[[4]](#footnote-4)/carreira médica[[5]](#footnote-5)), da área profissional hospitalar, com o horário de 40 horas semanais, associado n.º (…) do Sindicato dos Médicos da (…)[[6]](#footnote-6), face à insustentável pressão de trabalho a que tem vindo a ser sujeito(a) no âmbito, designadamente, do Serviço de Urgência, com prejuízo da demais atividade, assistencial e não assistencial, a seu cargo, na defesa e proteção dos tempos de descanso a que tem direito, e considerando a necessidade de assegurar, em permanência, o cumprimento das *leges artis* e, por essa via, a qualidade, a segurança e a prontidão dos atos médicos por que é responsável, individual e coletivamente e de, assim, contribuir para a garantia de efetivação e satisfação do direito constitucional à proteção da saúde,

 Vem, nos termos e ao abrigo da ordem jurídica vigente em matéria de organização do tempo de trabalho médico, informar e declarar a sua **indisponibilidade** para, a partir de (…)[[7]](#footnote-7):

1. Assegurar, no âmbito da atividade programada, **mais do que oito horas diárias de trabalho**, de segunda a sexta-feira, entre as oito e as 20 horas de cada dia.
2. Assegurar qualquer prestação de trabalho, diurno ou noturno, no Serviço de Urgência (interna ou externa), nas Unidades de Cuidados Intensivos e nas Unidades de Cuidados Intermédios.
3. Assegurar qualquer prestação de trabalho no período compreendido entre as 20 horas de um dia e as oito horas do dia seguinte.
4. Assegurar qualquer prestação de trabalho que não respeite o intervalo mínimo de descanso, de **12 horas**, entre duas jornadas diárias consecutivas de trabalho.

(Local), (Data)

O(A) Médico(a)

(Assinatura)

1. Centro Hospitalar, Hospital ou Unidade Local de Saúde. [↑](#footnote-ref-1)
2. Serviço, departamento ou unidade hospitalar onde o médico declarante exerce funções. [↑](#footnote-ref-2)
3. Assistente, assistente graduado ou assistente graduado sénior. [↑](#footnote-ref-3)
4. Vínculo de contrato de trabalho em funções públicas. [↑](#footnote-ref-4)
5. Vínculo de contrato individual de trabalho. [↑](#footnote-ref-5)
6. Sindicato dos Médicos do Norte, Sindicato dos Médicos da Zona Centro ou Sindicato dos Médicos da Zona Sul. [↑](#footnote-ref-6)
7. Data de início de produção de efeitos da declaração. Sugere-se uma dilação de 30 dias. [↑](#footnote-ref-7)