**[identificar o estabelecimento de saúde]**

**Conselho de Administração / Conselho Diretivo [selecionar opção]**

**C/c: Direção Clínica / Diretor do Serviço / Diretor Executivo [selecionar opção]**

**Envio por correio eletrónico / sob registo com AR.[selecionar opção]**

**Assunto: DECLARAÇÃO DE DECLINAÇÃO DE RESPONSABILIDADE FUNCIONAL. FUNCIONAMENTO ANORMAL DO SERVIÇO.**

**Exmo/a. Senhor/a,**

**Presidente,**

**[Nome],** Médico/a, interno/especialista/consultor de/em [especialidade], a exercer funções no âmbito do Serviço [identificar], portador da cédula profissional n.º [indicar], portador do cartão de cidadão com o número de identificação civil [indicar], com validade até [indicar data], contribuinte fiscal n.º [indicar], com domicílio sito [indicar], com o objetivo de declinar toda e qualquer responsabilidade decorrente da prática de atos médicos, considerando a inexistência de condições adequadas ao exercício das suas funções, nomeadamente

[indicar as circunstâncias que condicionam o adequado exercício da atividade médica], circunstancialismo que, de forma isolada ou conjuntamente, condiciona, objetivamente, a garantia do cumprimento das *leges artis*, considerando os serviços médicos a prestar aos Utentes, vem expor junto de V. Exa. o seguinte:

No exercício das suas funções o/a Declarante é rotineiramente confrontado com a seguinte factualidade:

(...)

[***indicar, de modo claro e casuístico as circunstâncias que condicionam o cumprimento das leges artis e decorrentes da prática ou ausência de atos de gestão***]

As circunstâncias descritas, que resultam de atos que não poderão ser assacáveis ao/à Declarante e que se revelam condicionantes do seu adequado desempenho profissional, motivam a presente declaração.

O/A Declarante, ciente da sua responsabilidade e dever de garante, assegurará os atos médicos de natureza urgente ou emergente, bem como os que, superiormente, lhe forem determinados, em razão do seu conhecimento e experiência profissional, não obstante entender que o exercício da sua atividade, naquelas descritas condições, revela-se suscetível de colocar os Utentes em risco e, em consequência, poder ser imputado ao/à Declarante responsabilidade médica, seja de natureza deontológica, disciplinar, civil e, ainda penal.

Não se encontrando reunidas as condições mínimas de segurança e de qualidade para prática dos atos médicos que ao/à Declarante cabe assegurar, vem, consequentemente, declinar toda e qualquer responsabilidade por vicissitudes que possam ocorrer como causa direta das insuficiências que supra identificou.

Enraizado/a num genuíno espírito de colaboração, requer que sejam tomadas medidas corretivas, em face da necessidade manifesta, em ordem a assegurar a qualidade e segurança de assistência aos Doentes.

[Local, data].

**O/A Declarante**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**