



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

Exmo. Senhor

Diretor 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, 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), II.1 e II.2.d)\*).

Junta os seguintes elementos:

Sinalize com X os documentos que apresenta à Direção Regional da Saúde		Situação do médico*			
		a)	b)	c)	d)
Critérios gerais (III.2.1*)	<input type="checkbox"/> Cópia do documento de identificação civil	✓	✓	✓	✓
	<input type="checkbox"/> Cópia da cédula profissional (válida)	✓	✓	✓	✓
	<input type="checkbox"/> 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	✓	✓	✓	✓
	<input type="checkbox"/> 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*)	<input type="checkbox"/> 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	✓			
	<input type="checkbox"/> Documento comprovativo da inscrição no exame da especialidade de Medicina do Trabalho, emitido pela Ordem dos Médicos		✓		
	<input type="checkbox"/> Cópia do requerimento de inscrição no Colégio da Especialidade de Medicina do Trabalho por equivalência do título, emitido pela Ordem dos Médicos			✓	
	<input type="checkbox"/> Parecer fundamentado do júri nacional designado pelo Conselho Nacional da Ordem dos Médicos, sob proposta do respetivo colégio			✓	
	<input type="checkbox"/> 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				✓

\* Orientação Técnica n.º 01/2021, de 03-11-2021, da DRS

\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Pede deferimento,

Assinatura \_\_\_\_\_

