



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE, IP-RAM

REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO TRANSITÓRIA PARA O EXERCÍCIO DE MEDICINA DO TRABALHO

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho Diretivo do
Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM

Nome completo do médico: _____
Data de nascimento: ____/____/____ número de identificação civil: _____
Residência: _____ código postal: _____
Telefone/Telemóvel: _____ endereço de correio eletrónico: _____
Número de cédula profissional: _____ número mensal de horas a dedicar: _____

à prática de Medicina do Trabalho e sua compatibilidade com eventual atividade no Serviço Regional de Saúde, vem solicitar a V. Exa., ao abrigo do disposto no n.º 3 do art.º 103º da Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, na sua atual redação, em conjugação com a Orientação Técnica n.º 1/2018, de 02-11-2018, do Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM (IASAÚDE, IP-RAM):

- 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 envia/entrega ao IASAÚDE, IP-RAM	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 prática de Medicina do Trabalho e sua compatibilidade com eventual atividade do Serviço Regional de Saúde	✓	✓	✓	✓
	<input type="checkbox"/> Declaração da Ordem dos Médicos de que se encontra registado, em pleno gozo dos seus direitos, e que nada consta em seu desabono	✓	✓	✓	✓
Critérios específicos (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 situação do requerente no Plano Transitório de Formação (PTF) em 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 apreciação curricular, 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 1/2018, de 02-11-2018, do IASAÚDE, IP-RAM

_____, ____/____/____

Pede deferimento,

Assinatura _____

