**Administração Regional de Saúde de [indicar]**

**Conselho Diretivo**

**C/c: Direção Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde [indicar]**

**Envio sob registo com AR.**

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

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

**Presidente,**

 **[Nome],** médico(a), portador(a) da cédula profissional [indicar], detentor(a) da categoria profissional [indicar] e da especialidade de [indicar], a exercer funções no âmbito do Serviço de [indicar], portador(a) da cédula profissional nº [indicar], portador(a) do cartão de cidadão com o número de identificação civil [indicar], com validade até [indicar data], contribuinte fiscal nº [indicar], com domicílio sito [indicar], com o objetivo de declinar toda e qualquer responsabilidade decorrente da prática de atos médicos noserviço onde desempenha a sua atividade profissional, considerando a inexistência de condições adequadas ao exercício das suas funções, designadamente e sem prejuízo de outras:

1. **Por ausência de locais para a separação de circuitos “COVID-19” e “Não COVID-19”;**
2. **Por ausência de condições nas denominadas “Salas de Espera” para separação de doentes com suspeita de patologia “COVID-19”;**
3. **Por exiguidade de recursos humanos para observação de doentes com patologia “COVID-19”, em que os atos médicos a praticar se revelam mais demorados, considerando o contexto da observação e do tratamento de informação inerente a esta;**
4. **Por em face da pandemia que se vivencia existirem Utentes com outras patologias, algumas de natureza crónica, que carecem de um adequado acompanhamento médico, o qual se encontra comprometido por alocação de recursos humanos já de si deficitários, para locais de avaliação de potenciais doentes “COVID-19” perspetivando a obtenção de diagnóstico;**
5. **No âmbito da saúde pública e pelas mesmas razões aduzidas, se verificar a impossibilidade de serem garantidos, com eficiência e no cumprimento das *leges artis,* os denominados inquéritos epidemiológicos e outras valências que integram a correspondente área médica;**
6. **Por se constatar a existência de equipas médicas, de enfermagem e administrativas deficientemente constituídas, o que gera a necessidade permanente de realização de trabalho suplementar;**
7. **Por ser notória a exaustão dos médicos que constituem as equipas em face do volume de trabalho que lhes é atribuído, o que condiciona a sua atuação clínica e a qualidade do ato médico a praticar, nomeadamente, considerando as condições de segurança em que este deverá ocorrer.**

Circunstancialismo que, de forma isolada ou conjuntamente, condiciona, objetivamente, a garantia do cumprimento das *leges artis*, considerando os serviços médicos a prestar aos Utentes.

A factualidade destacada, que resulta de atos que não poderão ser assacáveis ao (á) 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 (á) 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 (á) Declarante cabe assegurar, vem, consequentemente, declinar toda e qualquer responsabilidade por vicissitudes que possam ocorrer como causa direta das insuficiências que supra identificou e de outras diretamente ou reflexamente relacionadas com aquelas.

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**

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