**DECLARAÇÃO DE RECUSA DE EXERCÍCIO DE FUNÇÕES**

**Exmo(a). Senhor(a) (…)[[1]](#footnote-0)**

**C/C Exmo(a). Senhor(a) (…)[[2]](#footnote-1)**

(Nome completo), (Assistente/Assistente Graduado/Assistente Graduado Sénior), da (Carreira Especial Médica/Carreira Médica), (Área Hospitalar/Área de Medicina Geral e Familiar/Área de Saúde Pública)**,** a exercer funções no(a) (…),

Tendo sido mobilizado para o serviço, ou prontidão, nos termos e para os efeitos do disposto no artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 10-A/2020, de 13 de março e tendo em vista a prevenção, contenção, mitigação e tratamento do surto epidemiológico provocado pelo SARS-CoV-2, vem, para os efeitos tidos por convenientes, expor e informar V. Exa. do seguinte:

1. Na sequência e em cumprimento da ordem de mobilização que lhe foi transmitida, o/a signatário(a) apresentou-se hoje ao serviço;

Contudo,

1. Aqui chegado, constatou que o serviço não dispõe do Equipamento de Proteção Individual (EPI), considerado essencial pela Autoridade de Saúde (DGS), para o exercício das suas funções em condições mínimas de segurança e saúde no trabalho;

Com efeito,

1. De entre o EPI referido no anexo II ao Despacho n.º 3219/2020, de 3 de março, da Ministra da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 50, de 11 de março de 2020 - considerado necessário para a avaliação de casos suspeitos e para o tratamento de sintomas e complicações associadas a COVID-19 (cf. n.º 5 do aludido despacho) - o serviço não dispõe de:

- Máscaras cirúrgicas;

- Respiradores FFP2 e FFP3 — contra agentes biológicos de risco grupo 2 e 3;

- Máscaras com viseira integrada;

- Fato de proteção integral;

- Proteção ocular (óculos de proteção);

- Batas;

- Luvas — de uso único não esterilizadas;

- Luvas — de uso único esterilizadas;

- Touca — de uso único;

- Proteção de calçado (cobre -botas).

(ELIMINAR OS EQUIPAMENTOS EFETIVAMENTE DISPONIBILIZADOS NO SERVIÇO)

1. Para a prestação de funções assistenciais como as solicitadas ao/à signatário/a, que implicam triagem/consulta de utentes suspeitos de infeção com Covid-19, é essencial, no mínimo, que lhe seja disponibilizado o uso de máscaras, respiradores FFP2 e/ou FFP3, máscaras com viseira ou óculos de proteção e luvas;
2. O exercício de funções por parte do/a signatário/a sem que lhe seja disponibilizado o referido EPI constitui um risco para o/a próprio/a e para todos os terceiros com quem contacte, inclusive para os próprios utentes;

**Nestes termos,**

**Informa-se V. Exa. que o(a) signatário(a) se recusa a prestar as suas funções enquanto o EPI essencial, acima referido, não lhe seja disponibilizado, estando, em contrapartida, inteiramente disponível para garantir e salvaguardar tal exercício de funções logo que lhe sejam disponibilizadas tais condições mínimas de segurança e saúde no trabalho.**

**O/A Signatário/a**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Diretor(a) da Unidade, Serviço ou Departamento onde o(a) médico(a) signatário(a). [↑](#footnote-ref-0)
2. Órgão/Dirigente Máximo do Serviço. [↑](#footnote-ref-1)