**INTERNATO MÉDICO**

**DECLARAÇÃO DE INDISPONIBILIDADE**

**PARA A PRESTAÇÃO DE TRABALHO SUPLEMENTAR OU QUALQUER FORMA DE PRESTAÇÃO DE TRABALHO QUE ULTRAPASSE AS 40 HORAS SEMANAIS INDEPENDENTEMENTE DA FORMA DE PAGAMENTO**

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

**Presidente do Conselho de Administração**

**da ULS/IPO (…)**

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

**Diretor(a) Clínico(a) dos (Cuidados de Saúde Hospitalares/Cuidados de Saúde Primários) (…)**

**(Nome completo)**, médico(a) interno(a), da (área profissional[[1]](#footnote-1)) , a frequentar o (…).º ano da formação especializada em (…), com o número mecanográfico (…), associado(a) n.º (…) do Sindicato dos Médicos da/o (…), titular da cédula profissional n.º (…), vem, pela presente Declaração, manifestar a sua indisponibilidade para, no corrente ano de 2024, prestar todo e qualquer trabalho suplementar para além do limite máximo de 150 horas, ou qualquer forma de prestação de trabalho que ultrapasse as 40 horas semanais, independentemente da forma de pagamento.

Em face de tal indisponibilidade, uma vez atingido o referido limite máximo de 150 horas, não deverá ser determinada a prestação, ao(à) Declarante, de qualquer trabalho suplementar, ou outro, que ultrapasse o período normal de trabalho diário e semanal, no âmbito do Serviço de Urgência, Interna e Externa, das Unidades de Cuidados Intensivos, das Unidades de Cuidados Intermédios e de outras Unidades Funcionais similares ou equiparadas.

A presente Declaração produz efeitos a partir do dia seguinte ao da sua emissão.

(Local), (Data)

O(A) Trabalhador(a) Médico(a) Interno(a)

(…)

1. Hospitalar, medicina geral e familiar ou saúde pública. [↑](#footnote-ref-1)