

**Formulário de Participação à Ordem dos Médicos**

A participação deve ser redigida em língua portuguesa, e deve ser inteligível, com relato concretizado dos factos suscetíveis de constituírem infração disciplinar.

Para o melhor prosseguimento do procedimento disciplinar, é conveniente que o médico participado conste devidamente identificado.

O participante deve identificar-se na participação pela indicação de nome completo e pelos seus dados de contacto. Poderá juntar cópia legível de seu documento de identificação civil. Tratando-se de pessoa coletiva, deve a participação identificar claramente a mesma bem como o seu representante legal.

A submissão do presente formulário corresponde à intenção de participar disciplinarmente.

**IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Nome:** | **Data de nascimento:** |
| **Morada:** |  |
| **Documento de identificação:** | **Validade:** |
| **N.º de telefone/telemóvel:** |  |
| **E-mail:** |  |
| [Sugere-se a junção de cópia do documento de identificação civil.] |
| **IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO PARTICIPADO** |
| **Nome:** |  |
| **Domicílio Profissional/ local de exercício:** |  |
| **Especialidade médica:**  |  |
| **Funções que se encontrava a desempenhar na data dos factos:** |  |
| **RELATO CONCRETO DOS FACTOS OCORRIDOS** |
| **Data:** |  |
| **Local:** |  |
| **Factos suscetíveis de consubstanciar infração disciplinar:** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| [Se necessário, após o preenchimento integral deste campo, poderá anexar mais informação.] |

**QUALIFICAÇÃO DOS FACTOS**

[Selecione as opções que considera que identificam melhor os factos ocorridos:]

|  |
| --- |
|  |
| * Conflito no relacionamento médico-doente
 |  |
| * Conflito na relação entre médicos e/outros profissionais
 |  |
| * Denegação do acesso ao processo clínico ou informação clínica
 |  |
| * Assédio moral, assédio sexual, *bullying* ou situação análoga
 |  |
| * Agressão física ou tentativa de agressão, ameaça ou situação análoga
 |  |
| * Negligência e/ou erro médico em tratamento ou cirurgia
 |  |
| * Violação do dever de informação e obtenção do consentimento
 |  |
| * Violação de segredo médico, confidencialidade ou sigilo
 |  |
| * Falsidade de documentos ou atestados e outras situações de fraude
 |  |
| * Burla, corrupção, obtenção de vantagens indevidas, outras irregularidades económicas
 |  |
| * Injúrias, difamação ou outras ofensas à honra
 |  |
| * Violação de competências técnicas e usurpação de funções
 |  |
| * Outra situação. Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

De molde a dar o melhor encaminhamento à sua participação, a Ordem dos Médicos terá de revelar os factos da mesma ao(s) médico(s) envolvido(s) e à(s) entidade(s) nas quais preste(m) os seus serviços. Assim, deverá dar o seu consentimento, assinando o campo abaixo e indicar a respetiva data.

*Na data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ acima identificado, declaro que é minha vontade propor a presente Participação à Ordem dos Médicos.*

*Junto:*

- Fotocópia do documento de identificação \_\_

- Outros documentos:

*Dou o meu consentimento a que a Ordem dos Médicos possa revelar a minha participação e outras informações por mim fornecidas, relacionadas com a participação, ao(s) médico(s) e às entidades indicados neste formulário.*

*Dou igualmente o meu consentimento a que o(s) médico(s) visados possa(m) revelar qualquer informação necessária à Ordem dos Médicos para a análise da minha participação.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [Assinatura]