

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO MARANHÃO (CRM-MA)

COMISSAO DE PRERROGATIVAS MÉDICAS

1. DADOS DO MÉDICO NOTIFICANTE

Nome completo: _____

Nº CRM-MA: _____ RQE (se houver): _____

CPF: _____

Telefone/WhatsApp: _____

E-mail: _____

2. DADOS DA INSTITUICAO /LOCAL DA OCORRÊNCIA:

Nome da Unidade de Saúde: _____

Município /UF: _____

Vínculo com a instituição na qual presta serviço:

() Concursado () Contratado () Cooperado () Terceirizado

() Outro: _____

Tipo de serviço prestado:

() Atenção Primária () Urgência e Emergência () Hospitalar () Ambulatorial

() Outro: _____

3. MOTIVO DA NOTIFICACAO (marcar um ou mais)

() Atraso ou falta de pagamento

() Assédio moral ou sexual

() Condições inadequadas de trabalho

() Violação a autonomia médica

() Carga horária excessiva

() Descumprimento de contrato

() Ausência de segurança no local de trabalho

() Violência ou ameaça contra profissional

() Ausência de equipamentos e insumos mínimos

() Outro (especificar):

4. RELATO DETALHADO DOS FATOS

(Descreva os acontecimentos com data, horário, local, envolvidos, consequências, ações já tomadas etc.):

5. DOCUMENTOS ANEXADOS (EVIDÊNCIAS):

() Contrato de trabalho

() Comprovante de vínculo

() Boletim de ocorrência

() Prints de conversas ou e-mails

() Fotografias

() Outros: _____

6. DESEJA SIGILO DE SUA IDENTIDADE?

() Sim () Não

7. AUTORIZACAO PARA CONTATO POSTERIOR

() Autorizo que a Comissão entre em contato para esclarecimentos adicionais

() Não autorizo contato posterior

Local e Data: _____

Assinatura do Médico Notificante: _____