

Especialidades Cirúrgicas/ Cabeça e Pescoço

Prezado Doutor(a) \_\_\_\_\_

O Hospital 9 de Julho, representado pela Diretoria Técnica, apresenta e concede o escopo de sua atuação médica abaixo relacionada, dentro de sua especialidade comprovada Cirurgia de Cabeça e Pescoço e sua formação/habilitação/certificação evidenciadas por meio dos documentos apresentados e os procedimentos realizados na Instituição, segundo a Tabela AMB (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – 2012).

Qualificações Básicas (cópias dos documentos em anexo)

- Diploma Registrado (frente e verso)
- Certificado de Especialização e/ou Título de Residência Médica devidamente reconhecidos e registrados (frente e verso)
- Currículo atualizado, com duas páginas.

### Gerais

- Assistência Clínica ( ) sim ( ) não  
Prescrição médica ( ) sim ( ) não  
Consultas ( ) sim ( ) não  
Internação dos pacientes ( ) sim ( ) não  
Solicitar exames laboratoriais e de imagem ( ) sim ( ) não  
Assistência ao paciente adulto ( ) sim ( ) não

### Específico

- Adenoma – ressecção ( ) sim ( ) não  
Biópsia ( ) sim ( ) não  
Bócio Intratorácico – expiração por via ( ) sim ( ) não  
Costela Cervical: tratamento cirúrgico ( ) sim ( ) não  
Esvaziamento cervical ( ) sim ( ) não  
Excisão de Tumores ( ) sim ( ) não  
Exerese de tumor por rinotomia lateral ( ) sim ( ) não  
Exerese de tumores benignos ( ) sim ( ) não  
Faringolaringectomia com esvaziamento cervical ( ) sim ( ) não  
Fístula Traqueoesofágica adquirida: tratamento ( ) sim ( ) não  
Glossectomia ( ) sim ( ) não  
Hemimandibulectomia ( ) sim ( ) não  
Laringectomia ( ) sim ( ) não  
Mandibulectomia ( ) sim ( ) não  
Operação “Pull Through” para tumores da Boca ( ) sim ( ) não  
Parotidectomia Total ( ) sim ( ) não Redução de Fratura ( ) sim ( ) não  
Ressecção de Tumor ( ) sim ( ) não  
Tireoidectomia Total ( ) sim ( ) não
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Ciência do Médico

Declaro estar de acordo com a política de segurança e de qualidade da instituição, entendendo ser minha prática médica de rotina no H9J restrita a estas permissões solicitadas, salvo situações de emergência devidamente justificadas.

Declaro também respeitar e obedecer ao Regimento Interno do Corpo Clínico do hospital, bem como às normas técnicas e ao Código de Ética Médica aprovados pelo Conselho Regional de Medicina.

Assinatura e Carimbo do Médico: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### Aprovação da Diretoria Técnica

Diante das permissões solicitadas e tendo revisto os documentos anexados, recomendo a concessão de todos os privilégios descritos acima, sem prejuízo da responsabilidade profissional do médico e de suas implicações legais.

Diretor Técnico do H9J: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_