

Especialidades Cirúrgicas/Cirurgia Vascul

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 Vascul 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**

- Amputação ao nível de braço, coxa, perna, pododáctilos, quidractilos e pé ( ) sim ( ) não
- Aneurisma Aorta, Artéria Viscerais, Carótida, Subclávia, Axilar, Iliaca ( ) sim ( ) não
- Angiografia digital arterial ( ) sim ( ) não
- Arterioplastia femoral profunda ( ) sim ( ) não
- Colocação Percutânea de prótese vascular ( ) sim ( ) não
- Colocação Shunt Temporário e Definitivo ( ) sim ( ) não
- Embolectomia ou trombectomia ( ) sim ( ) não
- Endarterectomia carotídea – qualquer técnica ( ) sim ( ) não
- Fístula artério-venosa ( ) sim ( ) não
- Implantes valvulares ( ) sim ( ) não
- Lesões vasculares traumáticas ( ) sim ( ) não
- Linfedema: ressecção ( ) sim ( ) não
- Ponte aórtica, femoro-femoral cruzada e femoro- poplítea ( ) sim ( ) não
- Revascularização aorto-femoral, aorto-iliaca, de artéria vertebral, femuro poplíteo ( ) sim ( ) não
- Revascularização arterial de membro superior, de troncos supra-aórticos ( ) sim ( ) não
- Síndrome pós-trombótica – tratamento cirúrgico ( ) sim ( ) não
- Trombectomia Venosa ( ) sim ( ) não
- Tronco Celíaco ( ) sim ( ) não
- Tumor Carotídeo – tratamento cirúrgico ( ) sim ( ) não
- Varizes – tratamento cirúrgico ( ) 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_