

Especialidades Cirúrgicas/ Cirurgia Plástica e Buco-maxilo-facial

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 Plástica e Buco-maxilo-facial 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

- Abdominoplastia/Dermolipectomia () sim () não
- Biópsia da Pele, tumores superficiais, mucosa () sim () não
- Blefaroplastia () sim () não
- Cantoplastia ungueal () sim () não
- Cirurgia Policização () sim () não
- Colocação de Prótese mamária feminina () sim () não
- Correção (tu/cicat. com retalho/ferimento com expansores) () sim () não
- Curativo de queimadura por U.T. (ambulatorial) () sim () não
- Debridamento de tecido desvitalizado () sim () não
- Dermolipectomia Abdominal não estética () sim () não
- Descompressão de Órbita () sim () não
- Eletrocoagulação, fulguração, cauterização () sim () não
- Escaras ou úlceras, correção com retalho () sim () não
- Exereses: de Cisto Sacrococcígeo/Cisto Sebáceo/ Cisto Tireoglosso/ Cistodermóide/ Lipomas () sim () não
- Fístula oro-maxilar/ oro-nasal: tratamento cirúrgico () sim () não
- Fratura de ossos da face () sim () não
- Hipospádia – tratamento cirúrgico () sim () não
- Lipoaspiração () sim () não
- Mastoplastia redutora/ Mamoplastia/ Mastopexia () sim () não
- Mini-ritidoplastia/ Minilifting () sim () não
- Nevus – tratamento cirúrgico () sim () não
- Otoplastia/ Correção da orelha de abano () sim () não
- Correção de Defeitos congênitos () sim () não
- Plástica Mamária () sim () não
- Retração cicatricial () sim () não
- Rinoplastia (estética) () sim () não
- Rinosseptoplastia () sim () não
- Ritidoplastia (lifting) () sim () não
- Septoplastia reparadora não estética () sim () não
- Úlcera ou necrose: debridamento cirúrgico () sim () não
- Buco-maxilo-facial: diagnóstico e o tratamento de traumatismo, lesões e anomalias congênicas e adquiridas do aparelho mastigatório e anexo e estrutura crânio-faciais associadas. () sim () não

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DO EXERCÍCIO DA MEDICINA NO H9J

Especialidades Cirúrgicas/ Cirurgia Plástica e Buco-maxilo-facial

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: ___/___/_____