

Especialidades Clínicas/ Dermatologia

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 Dermatologia 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**

- Tratamento clínico da pele e anexos: ( ) sim ( ) não
  - Tratamento de alergia/imunologia: ( ) sim ( ) não
  - Aplicação de medicamentos tópicos/curativos: ( ) sim ( ) não
  - Injeção de colágeno: ( ) sim ( ) não
  - Tratamento de dermatite de contato: ( ) sim ( ) não
  - Biópsia de pele: ( ) sim ( ) não
  - Patologia Clínica: ( ) sim ( ) não
  - Remoção de lesões benigno/maligno: ( ) sim ( ) não
  - Excisões simples/não complicadas: ( ) sim ( ) não
  - Enxerto de pele: ( ) 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_