

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 Endocrinologia e Metabologia Clínica 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 do sistema hormonal ( ) sim ( ) não
  - Tratamento clínico de diabetes e interpretação do monitoramento da glicose da função endócrina estática e dinâmica ( ) sim ( ) não
  - Análise de fenótipos de lipoproteínas ( ) sim ( ) não
  - Desempenho de testes endócrino dinâmico ( ) sim ( ) não
  - Gestão de paciente severamente obeso sobre dietas hipocalóricas ( ) sim ( ) não
  - Gestão do uso de insulino terapia contínua com bomba de infusão ( ) sim ( ) não
  - Terapia e infusão de GnRH ( ) 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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_