

Prezado Doutor(a) _____

O Hospital 9 de Julho, representado pela Diretoria Técnica, apresenta e concede o escopo de sua atuação médica abaixo relacionado, dentro de sua especialidade comprovada Cardiologia Intervencionista 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 pediátrico e adolescente conforme diretriz do hospital () sim () não
- Assistência ao paciente adulto () sim () não

Específico

- Cineangiocoronariografia () sim () não
- Cateterismo de câmaras cardíacas direita/esquerda () sim () não
- Angioplastia coronária () sim () não
- Aortografia torácica () sim () não
- Avaliação hemodinâmica de reatividade vascular pulmonar () sim () não
- Biopsia endomiocárdica percutânea por cateterismo de câmara () sim () não
- Passagem de balão intra aórtico () sim () não
- Correção de CIA e CIV () sim () não
- Implante de marcapasso temporário () sim () não
- Valvuloplastia () sim () não
- Implante de cardiodesfibrilador interno, () sim () não
- Implante de marcapasso definitivo e provisório () sim () não
- Troca de gerador de marcapasso () sim () não
- Estudo eletrofisiológico () sim () não
- Ablação de circuito arritmogênico () 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: ___/___/_____