

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 Medicina Nuclear 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

- Garantir a qualidade dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos de medicina nuclear; ( ) sim ( ) não  
Orientar e treinar a equipe operacional do setor de medicina nuclear; ( ) sim ( ) não  
Realizar relatórios (laudos) dos exames de cintilografia e PET/CT dentro dos prazos estabelecidos; ( ) sim ( ) não  
Realizar consultas e internações relativas aos procedimentos terapêuticos em medicina nuclear; ( ) sim ( ) não  
Interagir com a equipe assistencial da instituição, fornecendo informações sobre os procedimentos de medicina nuclear ou resultados verbais de exames de pacientes quando pertinente; ( ) 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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_