

Especialidades Clínicas/ Nefrologia

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 Nefrologia 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**

- Procedimentos dialíticos ( ) sim ( ) não
  - Biópsia de rim ( ) sim ( ) não
  - Terapia de substituição renal contínua ( ) sim ( ) não
  - A diálise peritoneal ( ) sim ( ) não
  - Colocação de cateteres de diálise peritoneal ( ) sim ( ) não
  - Colocação de acesso vascular temporário para procedimentos de hemodiálise e afins ( ) sim ( ) não
  - Controle clínico de transplante renal ( ) sim ( ) não
  - Avaliação clínica pré-operatória de pacientes com Insuficiência Renal ( ) 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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_