

Especialidades Cirúrgicas/ Odontologia

Prezado Doutor(a) _____

O Hospital 9 de Julho, representado pela Diretoria Técnica, apresenta e concede o escopo de sua atuação abaixo relacionada, dentro de sua especialidade comprovada Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial e sua formação/habilitação/certificação evidenciadas por meio dos documentos apresentados e os procedimentos realizados na Instituição.

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
Consultas () sim () não
Internação dos pacientes () sim () não
Solicitar exames laboratoriais e de imagem () sim () não
Assistência ao paciente adulto () sim () não

Específico

- Implantes, enxertos, transplantes e reimplantes () sim () não
Biópsias () sim () não
Cirurgia com finalidade protética () sim () não
Cirurgia com finalidade ortodôntica () sim () não
Cirurgia ortognática () sim () não

Tratamento cirúrgico de cistos, afecções radiculares e periradiculares; doenças das glândulas salivares; doenças da articulação têmporo-mandibular; lesões de origem traumática na área buco-maxilo-facial; malformações congênitas ou adquiridas dos maxilares e da mandíbula; tumores benignos da cavidade bucal; tumores malignos da cavidade bucal, quando o especialista deverá atuar integrado em equipe de oncologista; e, de distúrbio neurológico, com manifestação maxilo-facial, em colaboração com neurologista ou neurocirurgião.

() 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: ___/___/_____