

Especialidades Cirúrgicas/ Ortopedia

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 Cirurgia de Ortopedia 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

- Abscesso da Mão/Dedos e Unha () sim () não
- Alongamento de Músculo/ de Tendões e Ossos () sim () não
- Amputação ao Nível Da Coxa/ do Pé/ da Perna/ de Dedo () sim () não
- Aponevrose Palmar e Plantar – Ressecção () sim () não
- Artrite Ou Osteoartrite - Tratamento Cirúrgico () sim () não
- Artrodese da coluna e dos ossos () sim () não
- Artroplastia das articulações: quadril, joelho, tornozelo, ombro, cotovelo, punho e mão () sim () não
- Artroscopia das articulações: quadril, joelho, tornozelo, ombro, cotovelo, punho e mão () sim () não
- Artrose/ Pseudo Artrose - Tratamento Cirúrgico () sim () não
- Artrotomia () sim () não
- Avulsão Do Supra-Espinhoso – Tratamento cirúrgico () sim () não
- Biópsia Cirúrgica dos Ossos, tendões e nervos () sim () não
- Bursectomia () sim () não
- Cisto Sinovial / Cisto De Baker Ou Poplíteo – Ressecção () sim () não
- Coccix - Ressecção Cirúrgica () sim () não
- Corpo Estranho Intra-Articular/ Intra-Muscular/ Intra-ósseo e Subcutâneo () sim () não
- Descolamento Ósseo - Tratamento Cirúrgico () sim () não
- Descompressão Medular E/Ou Cauda Equina () sim () não
- Dorso Curvo / Escoliose - Tratamento Cirúrgico () sim () não
- Enxerto Ósseo Por Perda De Substância () sim () não
- Fasciotomias () sim () não
- Fios, Pinos, Parafusos Ou Hastes Metálicos Transósseos () sim () não
- Fratura dos Ossos – Redução/ Tratamento cirúrgico ou tratamento conservador () sim () não
- Hallux Valgus Unilateral/Bilateral - Tratamento Cirúrgico () sim () não
- Infiltração Ou Punção Articular () sim () não
- Lesões Ligamentares/Músculo Tendinosas - Tratamento Conservador/ Tratamento Cirúrgico () sim () não
- Luxação - Redução Cirúrgica/ Redução Incruenta/ Tratamento Cirúrgico () sim () não
- Micro Neurólise Múltiplas () sim () não
- Micro Neurofia () sim () não
- Osteocondrite - Tratamento Cirúrgico () sim () não
- Osteomielite dos Ossos – Tratamento cirúrgico () sim () não
- Osteotomia dos Ossos () sim () não
- Roturas Ligamentares e de Tendão () sim () não
- Sinovectomia das articulações - Tratamento Cruento () sim () não
- Tenólise Ou Tenodese/ Tenoplastia/ Tenotomia/ Tenorrafia () sim () não
- Tração Transesquelética (Por Membro) () sim () não
- Transposição de tendão, nervos e músculos () sim () não
- Tumor Ósseo - Ressecção () sim () não

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DO EXERCÍCIO DA MEDICINA NO H9J

Especialidades Cirúrgicas/ Ortopedia

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: __/__/____