

Especialidades Cirúrgicas/Otorrinolaringologia

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 Otorrinolaringologia 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

- Adenoidectomia () sim () não
- Amidalectomia () sim () não
- Doença de Meniere – Tratamento cirúrgico () sim () não
- Epistaxe – cauterização () sim () não
- Estapedectomia ou Estapedotomia () sim () não
- Estenose de Conduto auditivo () sim () não
- Etmoidectomia () sim () não
- Injeção Intralaringea de toxina botulínica () sim () não
- Laringectomia parcial ou total () sim () não
- Laringoscopia direta para diagnóstico () sim () não
- Mastoidectomia () sim () não
- Microcirurgia com Laser () sim () não
- Otoplastia/ Correção orelha em abano () sim () não
- Ozena – Tratamento cirúrgico () sim () não
- Rinoplastia reparadora () sim () não
- Rinosseptoplastia () sim () não
- Septo Nasal-Septoplastia () sim () não
- Sinusectomia (maxilar, etmoidal, esfenoidal) () sim () não
- Timpanomastoidectomia () sim () não
- Timpanoplastia () sim () não
- Traqueostomia Cervical () sim () não
- Turbinectomia () sim () não
- Uvulopalato () 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: ___/___/_____ H9J-0550 (10/2015) Rev. 00