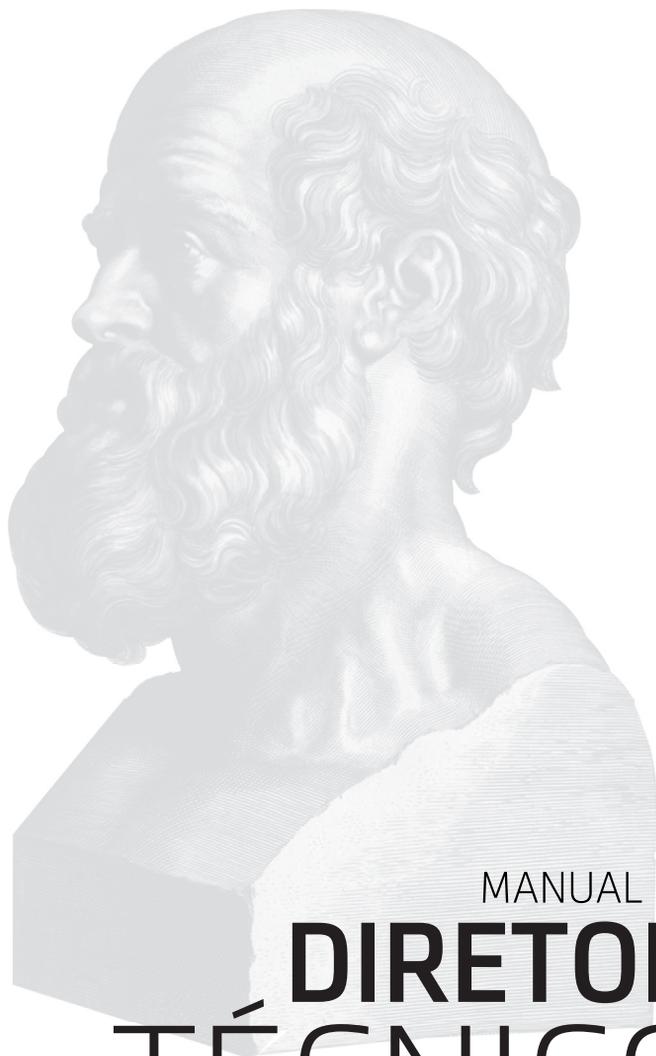


CREMERJ



MANUAL DO
DIRETOR
TÉCNICO



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO GESTÃO 2013/2018

DIRETORIA MAR 2015 A JAN. 2017

Presidente – Pablo Vazquez Queimadelos
Vice-Presidente – Ana Maria Correia Cabral
Segundo Vice-Presidente – Nelson Nahon
Diretor Secretário Geral – Serafim Ferreira Borges
Diretora Primeira Secretária – Marília de Abreu Silva
Diretor Segundo Secretário – Gil Simões Batista
Diretora Tesoureira – Erika Monteiro Reis
Diretor Primeiro Tesoureiro – Carlos Enaldo de Araújo Pacheco
Corregedor – Renao Britto de Alencastro Graça
Vice-Corregedor – José Ramon Varela Blanco

CORPO DE CONSELHEIROS – Gestão 2013/2018

Abdu Kexfe, Alexandre Pinto Cardoso, Alkamir Issa, Aloisio Tibiriçá Miranda, Ana Maria Correia Cabral, Armando de Oliveira e Silva, Armindo Fernando Mendes Correia da Costa, Carlos Cleverson Lopes Pereira, Carlos Enaldo de Araújo Pacheco, Carlos Eugênio Monteiro de Barros, Edgard Alves Costa, Erika Monteiro Reis, Felipe Carvalho Victor, Fernando Sérgio de Melo Portinho, Gil Simões Batista, Gilberto dos Passos, Guilherme Eurico Bastos da Cunha, Ilza Boeira Fellows, Joé Gonçalves Sestello, Jorge Wanderley Gabrich, José Marcos Barroso Pillar, Kássie Regina Neves Cargnin, Luiz Antônio de Almeida Campos, Luís Fernando Soares Moraes, Makhoul Moussallem, Márcia Rosa de Araujo, Marcos Botelho da Fonseca Lima, Marília de Abreu Silva, Nelson Nahon, Olavo Guilherme Marassi Filho, Pablo Vazquez Queimadelos, Paulo Cesar Geraldês, Renato Brito de Alencastro Graça, Ricardo Pinheiro dos Santos Bastos, Rossi Murilo da Silva, Serafim Ferreira Borges, Sergio Albieri, Sergio Pinho Costa Fernandes, Sidnei Ferreira, Vera Lucia Mota da Fonseca.

CONSELHEIROS INDICADOS PELA SOMERJ

Celso Nardin de Barros | José Ramon Varela Blanco

CREMERJ

MANUAL DO
DIRETOR
TÉCNICO

7ª edição revista e atualizada

Rio de Janeiro
2015

Manual do Diretor Técnico

Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

Praia de Botafogo, nº 228 – Centro Empresarial Rio

Botafogo – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22250-145

Telefone: (21) 3184-7050 | Fax: (21) 3184-7120

Homepage: www.cremerj.org.br | e-mail: protocrm@crm-rj.gov.br

Organização:

Centro de Pesquisa e Documentação do CREMERJ – CPEDOC

Gil Simões Batista – Diretor Responsável

Auxiliadora Ana de Lacerda

Carmo de Maria Monteiro de Araujo

Cíntia Samanta Alves Baixas

Oswaldo Florentino de Andrade Junior

Selma Martins dos Santos

Yedla Maria de Albuquerque Silva

Capa e diagramação:

Agência Brick

Impressão:

Walprint Gráfica e Editora Eireli

Catálogo na Fonte: Cíntia Samanta Alves Baixas – CRB nº 6576

C756m Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro – CREMERJ
Manual do Diretor Técnico. / Org. Centro de pesquisa e documentação
-- 7. ed. revisada e atualizada -- Rio de Janeiro: CREMERJ, 2014.
156p.

1. Diretor Técnico. 2. Diretor Técnico – diretrizes. I. Título.

Venda proibida. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

Apresentação

Caros Colegas,

O CREMERJ, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei Federal nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto Federal nº 44.045, de 19 de julho de 1957, e alterada pela Lei Federal nº 11.000, de 15 de fevereiro de 2004, lhes apresenta o Manual do Diretor Técnico, cumprindo os preceitos que estabelecem como competência dos Conselhos de Medicina normatizar e fiscalizar o exercício técnico e ético da medicina no nosso país.

As normas aqui elencadas tem o objetivo de orientar os médicos, nos cargos de Direção Técnica dos estabelecimentos de saúde, públicos e privados, a conduzir sua ação à luz do Código de Ética Médica, com o fim de oferecer serviços de excelência à população, bem como garantir o exercício pleno da medicina pelo corpo clínico sob sua direção.

Os Conselhos de Medicina têm a responsabilidade de orientar os médicos em todas as atividades inerentes ao exercício da medicina, tornando conhecidas suas normas. Neste sentido, os médicos devem procurar seu Conselho para dirimir suas dúvidas sobre o exercício profissional, quando couber. A defesa do Ato Médico está intrinsecamente ligada à defesa da nossa profissão e do atendimento de qualidade à população.

Os médicos, nos cargos de Direção Técnica, devem zelar pelo cumprimento das normas emanadas pelos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, mantendo estreita relação com as Comissões de Ética Médica e assegurando seu autônomo funcionamento. Devem, ainda, estar atentos quanto à garantia das condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis para sua execução, observando as normas técnicas e de segurança, visando o melhor desempenho do corpo clínico e demais profissionais de saúde.

Neste sentido, lhes entregamos o Manual do Diretor Técnico, em sua sétima edição, esperando que este lhes preste o auxílio orientador na cotidiana busca pelo valoroso exercício ético na nossa profissão.

Pablo Vazquez Queimadelos

Presidente do CREMERJ

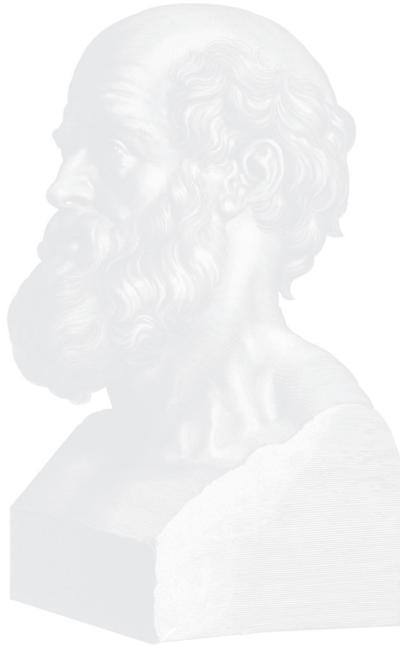


Sumário

APRESENTAÇÃO	5
1. DIRETOR TÉCNICO	9
1.1 Instituição do cargo e da função	10
1.2 Atribuições	15
2. ASPECTOS ÉTICOS	17
2.1 Código de ética médica	18
2.2 Ato Médico	22
3. RESPONSABILIDADE DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	33
3.1 Comissões obrigatórias	36
3.1.1 Comissão de Ética Médica	36
3.1.2 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	39
3.1.3 Comissão de Revisão de Óbito	40
3.1.4 Comissão de Revisão de Prontuários	41
3.1.5 Comissão Revisora de internação Psiquiátrica	46
3.1.6 Comissão de Bioética	49
4. ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	51
5. ASSUNTOS DIVERSOS E A RESPONSABILIDADE ÉTICA NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	69
5.1 Administração Hospitalar	70
5.2 Aids	70
5.3 Assistência Pré-Natal	72
5.4 Assistência Perinatal	81
5.5 Atestado de óbito	84
5.6 Criança e Adolescente	88
5.7 Estudantes de Medicina	89
5.8 Fiscalização	92
5.9 Médico Residente	94
5.10 Publicidade Médica	97
5.11 SEPSE	100
5.12 Urgência e Emergência	101
6. LEGISLAÇÃO DOS CONSELHOS	109
7. INSTALAÇÃO DE CLÍNICAS E HOSPITAIS	132
REFERÊNCIAS	133
ÍNDICE	143
ORIENTAÇÕES E ENDEREÇOS	147



1. Diretor Técnico



“(...) Eu juro, por Apolo, médico, por Esculápio, Higeia e Panaceia, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue:(...)”

1.1

INSTITUIÇÃO DO CARGO E DA FUNÇÃO

O Diretor Técnico é um médico contratado pela direção geral do estabelecimento de saúde e por este remunerado. É o principal responsável pelo exercício ético da medicina nos estabelecimentos de saúde.

O Diretor Técnico tem como incumbência assegurar as condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis a uma boa prática médica, supervisionar e coordenar todos os serviços técnicos desenvolvidos no estabelecimento de saúde, além de observar o cumprimento das normas em vigor, devendo, ainda, assegurar o funcionamento pleno e autônomo das comissões de ética e das demais comissões obrigatórias.

A existência do cargo de Diretor Técnico está prevista no Decreto Federal nº 20.931 de 1932, que, ainda dispõe, a obrigatoriedade do Diretor em qualquer organização hospitalar:

Art. 28. Nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica pública ou privada poderá funcionar, em qualquer ponto do território nacional, sem ter um diretor técnico e principal responsável, habilitado para o exercício da medicina nos termos do regulamento sanitário federal.

Já a da Lei Federal nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, em seu artigo 15º prevê ainda “Os cargos ou funções de chefias de serviços médicos, somente poderão ser exercidos por médicos, devidamente habilitados na forma da lei.”.

Seguem, em ordem cronológica e por capítulo, excertos da legislação afim.

RESOLUÇÃO CFM Nº 997, DE 23 DE MAIO DE 1980

Art. 11. O Diretor Técnico Médico, principal responsável pelo funcionamento dos estabelecimentos de saúde, terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento, que a ele ficam subordinados hierarquicamente.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.352 DE 17 DE JANEIRO DE 1992

Art. 1º Ao profissional médico será permitido assumir a responsabilidade, seja como Diretor Técnico, seja como Diretor Clínico, em no máximo 2 (duas) instituições prestadoras de serviços médicos, aí incluídas as instituições públicas e privadas, mesmo quando tratar-se de filiais, subsidiárias ou sucursais da mesma instituição.

Parágrafo único. Excetua-se desta limitação as pessoas jurídicas de caráter individual em que o médico é responsável por sua própria atuação profissional. (acrescido pela Resolução CFM n. 2059/2013)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 209, DE 09 DE SETEMBRO DE 2005

Padroniza a denominação do médico em função de Direção Técnica, no âmbito do CREMERJ.

Art. 1º Padronizar, no âmbito do CREMERJ, a terminologia/nomenclatura do médico registrado na função de direção/responsável, como DIRETOR TÉCNICO.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.980, DE 07 DE DEZEMBRO DE 2011

Fixa regras para cadastro, registro, responsabilidade técnica e cancelamento para as pessoas jurídicas, revoga a Resolução CFM nº 1.971, publicada no D.O.U. de 11 de julho de 2011 e dá outras providências.

Art. 1º Baixar a presente instrução, constante no anexo a esta resolução, aos conselhos regionais de medicina, objetivando propiciar a fiel execução da Resolução CFM nº 997, de 23 de maio de 1980, da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980, e da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.007, DE 10 DE JANEIRO DE 2013

Dispõe sobre a exigência de título de especialista para ocupar o cargo de diretor técnico, supervisor, coordenador, chefe ou responsável médico dos serviços assistenciais especializados. (Alterada parcialmente pela resolução 2114/2014)

Art. 1º Para o médico exercer o cargo de diretor técnico ou de supervisão, coordenação, chefia ou responsabilidade médica pelos serviços assistenciais especializados é obrigatória a titulação em especialidade médica, registrada no Conselho Regional de Medicina (CRM), conforme os parâmetros instituídos pela Resolução CFM nº 2.005/2012.

§ 1º Em instituições que prestam serviços médicos em uma única especialidade, o diretor técnico deverá ser possuidor do título de especialista registrado no CRM na respectiva área de atividade em que os serviços são prestados. (Redação aprovada pela Resolução CFM nº 2114/2014)

§ 2º O supervisor, coordenador, chefe ou responsável pelos serviços assistenciais especializados de que fala o caput deste artigo somente pode assumir a responsabilidade técnica pelo serviço especializado se possuir título de especialista na especialidade oferecida pelo serviço médico, com o devido registro do título junto ao CRM. (Redação aprovada pela Resolução CFM nº 2114/2014)

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.056, DE 20 DE SETEMBRO DE 2013

Disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos. Trata também dos roteiros de anamnese a serem adotados em todo o Brasil, inclusive nos estabelecimentos de ensino médico, bem como os roteiros para perícias médicas e a organização do prontuário de pacientes assistidos em ambientes de trabalho dos médicos.

ANEXO I
CAPÍTULO III
DO DIRETOR TÉCNICO MÉDICO

Art. 17. O diretor técnico médico é o fiador das condições mínimas para a segurança dos atos privativos de médicos, conforme definido nestas normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil, estando autorizado a determinar a suspensão dos trabalhos quando inexisterem estas condições.

Art. 18. O diretor técnico médico obriga-se a informar ao Conselho Regional de Medicina, com cópia para os administradores da instituição, sempre que faltarem as condições necessárias para a boa prática médica.

§ 1º Em até quinze dias úteis, o Conselho Regional de Medicina fará inspeção para averiguar as irregularidades apontadas, produzindo relatório conclusivo.

§ 2º Baseado nas conclusões do relatório, o diretor técnico médico poderá determinar a suspensão total ou parcial dos serviços até que as condições mínimas previstas nestas normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil sejam restabelecidas.

§ 3º Determinada a suspensão total ou parcial, a retomada plena das atividades deverá ser precedida de inspeção do Conselho Regional de Medicina, que averiguará se houve o saneamento das irregularidades que deram causa à suspensão.

§ 4º Este ato deve contar com a participação do corpo clínico em razão da integração e responsabilidade compartilhada pela assistência e segurança dos pacientes.

§ 5º Comprovar, sempre que instado pelo Conselho Regional, que de forma documental, antecedendo a este ato, exigira providência de instâncias superiores para a solução dos problemas.

Art. 19. É dever do diretor técnico médico garantir que todos sejam tratados com respeito e dignidade pelas equipes e profissionais de saúde da instituição que dirige

CAPÍTULO V

DA RESPONSABILIDADE DOS MÉDICOS INVESTIDOS EM FUNÇÕES ADMINISTRATIVAS DE QUAISQUER NATUREZAS

[...] **Art. 21.** Os médicos investidos em funções ou cargos administrativos, públicos ou privados, que interferiram direta ou indiretamente no planejamento, na assistência ou na fiscalização do ato médico, quando devidamente cientificados, serão considerados corresponsáveis quando a prática da Medicina se fizer em desacordo a estas normas e ao Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil, em serviços situados em área subordinada a sua autoridade.

Parágrafo único. Esta responsabilização alcança a inércia em permitir a persistência de condições degradantes à assistência aos pacientes, à realização de pesquisas em pacientes sem autorização de Comitê de Ética em Pesquisa e a utilização de procedimentos considerados não válidos pelo Conselho Federal de Medicina.

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.072, DE 27 DE MARÇO DE 2014

Veda o trabalho, em hospitais, de médicos sem inscrição no CRM da respectiva circunscrição.

Art. 1º A prestação de serviços médicos em hospitais e demais instituições de saúde somente é permitida aos médicos que possuam inscrição definitiva ou regular perante o competente Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Aos diretores técnicos é vedado aceitar ou permitir o ingresso nos corpos clínicos de quaisquer hospitais, públicos ou privados, ainda que conveniados ao SUS - Sistema Único de Saúde, a internação de pacientes sob a responsabilidade de profissionais não inscritos nos Conselhos Regionais, nem mesmo nas urgências e emergências.

Ao Diretor Técnico compete assegurar as condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis ao exercício pleno da medicina.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.342, DE 08 DE MARÇO DE 1991

Estabelece normas sobre responsabilidade e atribuições do Diretor Técnico e do Diretor Clínico

Art. 2º São atribuições do Diretor Técnico:

- a) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor.
- b) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição.
- c) Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica.[...]

Art. 5º Revogado pela Resolução CFM nº 1.352/92.

Art. 6º Em caso de afastamento ou substituição do Diretor Técnico ou do Diretor Clínico, aquele que deixa o cargo tem o dever de imediatamente comunicar tal fato, por escrito, ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. A substituição do Diretor afastado deverá ocorrer de imediato, obrigando-se o Diretor que assume o cargo a fazer a devida notificação ao Conselho Regional de Medicina. [...].

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.481, DE 08 DE AGOSTO DE 1997

Art. 1º Determinar que as instituições prestadoras de serviços de assistência médica no País deverão adotar nos seus Regimentos Internos do Corpo Clínico as diretrizes gerais abaixo relacionadas.

DIRETRIZES GERAIS PARA OS REGIMENTOS INTERNOS DE CORPO CLÍNICO DAS ENTIDADES PRESTADORAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA NO BRASIL

DEFINIÇÃO: O Corpo Clínico é o conjunto de médicos de uma instituição com a incumbência de prestar assistência aos pacientes que a procuram, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural.[...]

ORGANIZAÇÃO DO CORPO CLÍNICO: O Regimento Interno deverá prever a existência do Diretor Técnico e do Diretor Clínico, sendo este obrigatoriamente eleito pelo Corpo Clínico, de forma direta e secreta, com mandato de duração definida. Da mesma forma se procederá em relação à Comissão de Ética da Instituição. A existência de Conselhos e outras Comissões e de outros Órgãos deverá ser explicitada, prevendo-se a representação do Corpo Clínico. As competências dos Diretores Técnico e Clínico e da Comissão de Ética estão previstas em Resoluções específicas do Conselho Federal de Medicina.[...]

COMPETÊNCIAS: O Regimento Interno deverá discriminar as competências do Corpo Clínico, garantindo aos seus integrantes, de acordo com sua categoria:

- freqüentar a Instituição assistindo seus pacientes, valendo-se dos recursos técnicos disponíveis;
 - participar das suas Assembléias e Reuniões Científicas;
 - votar e, conforme a categoria pertencente, ser votado;
 - eleger o Diretor Clínico e seu substituto, Chefes de Serviço, bem como a Comissão de Ética Médica;
 - decidir sobre a admissão e exclusão de seus membros garantindo ampla defesa e obediência às normas legais vigentes.
 - colaborar com a administração da instituição, respeitando o Código de Ética Médica, os regulamentos e as normas existentes.
-

2.

Aspectos Éticos



"(...) estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou esta arte; fazer vida comum e, se necessário for, com ele partilhar meus bens;(...)"

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.931 DE 17 DE DEZEMBRO DE 2009

Aprova o Código de Ética Médica

Capítulo I
Princípios Fundamentais

I - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza [...]

VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

VIII - O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.[...]

XIV - O médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.[...]

XVI - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

XVII - As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

XVIII - O médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos.[...]

Capítulo II

Direito dos médicos

I - Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza. [...]

III - Apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição. [...]

IV - Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará imediatamente sua decisão à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina.

V - Suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

Capítulo III

Responsabilidade Profissional

Art. 9º Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.

Parágrafo único. Na ausência de médico plantonista substituto, a direção técnica do estabelecimento de saúde deve providenciar a substituição.

Art. 10. Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina ou com profissionais ou instituições médicas nas quais se pratiquem atos ilícitos.[...]

Art. 17. Deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado.

Art. 18. Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.

Art. 19. Deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina. [...]

Art. 21. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

Capítulo VII

Relação Entre Médicos

É vedado ao médico:

Art. 47. Usar de sua posição hierárquica para impedir, por motivo de crença religiosa, convicção filosófica, política, interesse econômico ou qualquer outro, que não técnico-científico ou ético, que as instalações e os demais recursos da instituição sob sua direção, sejam utilizados por outros médicos no exercício da profissão, particularmente se forem os únicos existentes no local. [...]

Art. 48. Assumir emprego, cargo ou função para suceder médico demitido ou afastado em represália à atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria ou da aplicação deste Código.

Art. 49. Assumir condutas contrárias a movimentos legítimos da categoria médica com a finalidade de obter vantagens.

Art. 50. Acobertar erro ou conduta antiética de médico. [...]

Art. 56. Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.

Art. 57. Deixar de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à comissão de ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

Capítulo IX Sigilo Profissional

É vedado ao médico:

Art. 77. Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito. (nova redação – Resolução CFM nº 1997/2012)

(Redação anterior: Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito, salvo por expresse consentimento do seu representante legal).

CAPÍTULO X Documentos Médicos

É vedado ao médico:

[...] **Art. 85.** Permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade. [...]

Art. 87. Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

§ 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

§ 2º O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.

Art. 88. Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.

Art. 89. Liberar cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando autorizado, por escrito, pelo paciente, para atender ordem judicial ou para a sua própria defesa.

§ 1º Quando requisitado judicialmente o prontuário será disponibilizado ao perito médico nomeado pelo juiz.

§ 2º Quando o prontuário for apresentado em sua própria defesa, o médico deverá solicitar que seja observado o sigilo profissional.

Art. 90. Deixar de fornecer cópia do prontuário médico de seu paciente quando de sua requisição pelos Conselhos Regionais de Medicina.

CAPÍTULO XIII

Publicidade Médica

É vedado ao médico:

Art. 118. Deixar de incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, o seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Nos anúncios de estabelecimentos de saúde devem constar o nome e o número de registro, no Conselho Regional de Medicina, do diretor técnico.

2.2

ATO MÉDICO

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.231, DE 10 DE OUTUBRO DE 1986

Assegura ao médico o direito de internar e assistir seus pacientes em hospital público ou privado, mesmo não fazendo parte do seu corpo clínico.

1 - A todo médico é assegurado o direito de internar e assistir seus pacientes

em hospital público ou privado, ainda que não faça parte de seu Corpo Clínico, ficando sujeitos, nesta situação, o médico e o paciente às normas administrativas e técnicas do Hospital.

2 - O Regimento Interno do Corpo Clínico dos Hospitais deverá explicitamente que o médico não integrante do seu Corpo Clínico possa promover as internações necessárias nestes estabelecimentos hospitalares.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 17/1987

Estabelece normas gerais que orientam os procedimentos médicos nas diferentes modalidades de atendimento.

Art. 1º Os médicos devem abster-se, exceto nas atuações de iminente perigo de vida, de praticar qualquer ato médico quando não existirem as condições mínimas de instalações, recursos materiais, humanos e tecnológicos, que garanta o seu desempenho seguro e pleno.

Art. 2º Para a prática da anestesia e dos procedimentos cirúrgicos, devem os médicos avaliar, previamente, as situações de segurança do ambiente hospitalar, somente praticando o ato profissional se estiverem asseguradas às condições mínimas para sua realização.

Art. 3º Os médicos devem recusar-se a realizar consultas e exames em situações que configurem o atentado ao pudor e privacidade do paciente, independentemente de sexo e idade.

Art. 4º O médico que decidir pela não realização do ato profissional deve comunicar ao Diretor Médico (Responsável Técnico) do estabelecimento e ao paciente ou seu responsável, as razões técnicas de sua decisão, anotando-as também no prontuário ou no documento de registro apropriado.

Parágrafo único. O paciente ou seu responsável deve tomar ciência da decisão de não realização do ato profissional, por escrito, no prontuário e, em caso de recusa do paciente, deve o médico buscar duas testemunhas para o fato.[...]

Art. 9º É responsabilidade da Instituição e de seu Diretor Médico (Responsável Técnico) promover o atendimento das recomendações médicas, bem como a

orientação os esclarecimentos e a transferência dos pacientes, mediante contato prévio, quando o estabelecimento que dirige não puder oferecer acomodação (vagas) e as condições mínimas para a realização do ato médico.

Art. 10 É também responsabilidade da Instituição e de seu Responsável Técnico o provimento das condições de acomodação, conforto, higiene e segurança dos pacientes no ambiente hospitalar.

Art. 11 O médico deve sempre comunicar ao chefe imediato e ao Diretor Técnico, por escrito e de maneira sigilosa, as irregularidades que detectar em sua área de trabalho e, se as chefias não adotarem as providências cabíveis, o fato deve ser encaminhado à Comissão de Ética Médica da instituição e ao CREMERJ.[...]

Art. 13 Recomendar que na assistência ambulatorial devam ser atendidos 12 (doze) pacientes no máximo, em jornada de 4 (quatro) horas, respeitadas as limitações em números menores, conforme as especialidades.

Art. 14 Recomendar aos médicos em cargos de Direção e Chefia que promovam reuniões científicas e técnicas, dentro da jornada contratual de trabalho, para discussão e estabelecimento de rotinas, condutas, controle e avaliação de desempenho para cada serviço ou unidade em comum acordo com as Sociedades de Especialidades filiadas à Associação Médica Brasileira.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.481/97

Art. 1º Determinar que as instituições prestadoras de serviços de assistência médica no País deverão adotar nos seus Regimentos Internos do Corpo Clínico as diretrizes gerais abaixo relacionadas.

Art. 2º Os Diretores Técnico e Clínico das Instituições acima mencionadas terão o prazo de 60 dias para encaminhar ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição em que atuam documentação comprobatória do atendimento a esta Resolução, a saber:

Parágrafo 1º Cópia do Regimento Interno com as devidas alterações;

Parágrafo 2º Cópia da ata da Assembleia de Corpo Clínico que aprovou o Regimento Interno com as alterações previstas nesta Resolução.

Parágrafo 3º Caso o Regimento Interno da Instituição já atenda o previsto nesta Resolução, os Diretores Técnico e Clínico deverão encaminhar cópia do mesmo e da ata da Assembleia

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 121, DE 25 DE MARÇO DE 1998.

Define "Ato Médico", enumera critérios e exigências para o exercício da profissão médica.

Art. 1º ATO MÉDICO é a ação desenvolvida visando a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação das alterações que possam comprometer a saúde física e psíquica do ser humano.

§ 1º ATO MÉDICO exige, para a sua execução, a graduação em Medicina em curso reconhecido pelo Ministério da Educação e Desporto e a inscrição no Conselho Regional de Medicina.

§ 2º Cabe, exclusivamente, ao médico a realização de consulta médica, a investigação diagnóstica e a terapêutica.

§ 3º Todos os documentos emitidos, decorrentes da ação desenvolvida pelo profissional médico, assim como os resultados de exames complementares para elucidação diagnóstica, o atestado de saúde, de doença e de óbito, são compreendidos como integrantes do ato médico.

§ 4º As demais atividades de assistência à saúde na prevenção, no auxílio diagnóstico ou terapêutico e na reabilitação, constituem complemento à prática médica, como também os programas específicos do Ministério da Saúde disciplinados em lei.

§ 5º Os exames médico-legais são de exclusiva competência do médico.

Art.2º É vedado ao médico atribuir ou delegar funções de sua exclusiva

competência para profissionais não habilitados ao exercício da Medicina.

Art. 3º Os médicos dirigentes de serviços de saúde, públicos ou privados serão responsabilizados nos termos do Código de Ética Médica quando, por ação ou por omissão, permitirem a prática de ato médico por outros Profissionais de Saúde.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.493/1998

Determinar ao Diretor-Clínico do estabelecimento de saúde que tome as providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta.

1 - Determinar ao Diretor-Clínico do estabelecimento de saúde que tome as providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta.

2 - Determinar que nas cirurgias eletivas o médico se assegure previamente das condições indispensáveis à execução do ato, inclusive, quanto a necessidade de ter como auxiliar outro médico que possa substituí-lo em seu impedimento.

3 - Revogam-se as disposições em contrário.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 160/2000

Dispõe sobre a responsabilidade do diretor técnico em relação aos integrantes da equipe multidisciplinar, na Assistência Materno-Infantil.

Art. 1º O diretor técnico da unidade de saúde prestadora de assistência e cuidados materno-infantis, é obrigado a assegurar aos integrantes da equipe médica a garantia das respectivas prerrogativas profissionais.

Art. 2º Deve o diretor técnico velar para que o integrante da equipe multidisciplinar não possa praticar atos para os quais não esteja habilitado, objetivando

salvaguardar a saúde materna e perinatal.

Art. 3º O diretor técnico deve designar os médicos que terão a responsabilidade de coordenar a assistência ao ciclo grávido-puerperal na unidade. [...]

Art. 6º Em toda unidade em que a assistência ao ciclo grávido-puerperal for, também, realizada por enfermeiro, deve o diretor técnico dar amplo conhecimento do fato às pacientes e aos seus familiares, através de placas, cartazes ou outros recursos de comunicação visual. [...]

Art 8º O descumprimento do disposto nesta Resolução sujeitará o diretor técnico a responder a processo ético-profissional por violação ao art. 142 do Código de Ética Médica.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.627, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2001.

Define o ato profissional de médico como todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado.

[...] **Art. 3º** As atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão e ensino dos procedimentos médicos privativos incluem-se entre os atos médicos e devem ser exercidos unicamente por médico.

Art. 4º O Conselho Federal de Medicina fica incumbido de definir, por meio de resolução normativa devidamente fundamentada, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados para utilização pelos profissionais médicos.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.653/2002

Demonstrações Cirúrgicas ao Vivo.

[...] **Art. 2º** Os diretores técnicos e a Comissão de Ética constituída dos estabelecimentos onde serão realizadas as demonstrações cirúrgicas devem dar sua anuência, por escrito, para os eventos, garantindo assim a existência das condições para os atos cirúrgicos propostos e assistência pós-operatória.[...]

RESOLUÇÃO CREMERJ N. 192/2003

Dispõe sobre as “Normas Éticas e Técnicas para a Assistência em Estabelecimento Asilar”, tais como casa de repouso, clínica geriátrica, abrigo e outras instituições, destinadas ao atendimento de idosos.

[...] **Art. 7º** É obrigatória a inscrição junto ao CREMERJ conforme dispõe a Resolução n. 23/88.

§ 1º O Diretor Técnico deve ser, preferencialmente, especialista em Geriatria.

§ 2º É dever do Diretor Técnico afixar em local de fácil visualização a Certidão de Anotações de Responsabilidade Técnica (CART), o Certificado de Inscrição de Empresa (CIE), o Estatuto e Regulamento Interno do Estabelecimento e a Certidão de Assentimento Sanitário ou a Licença de Funcionamento Sanitário. [...]

ANEXO A – DA RESPONSABILIDADE DA INSTITUIÇÃO

1. Dispor de Serviço de Registros e Informações em Saúde (SRIS).
2. Dispor de área física e arquitetura adequadas – de acordo com a legislação vigente e as presentes normas.
3. Estar capacitado a atuar de acordo com o nível de complexidade.
4. Realizar a avaliação admissional, sob a responsabilidade de seu Diretor Técnico.
5. Dispor de serviço próprio ou conveniado, tais como: remoção, nutrição e dietética, lavanderia, manutenção, serviços gerais e referência para exames laboratoriais e de imagem.
6. Dispor de recursos humanos multiprofissionais de acordo com o grau de responsabilidade da assistência proposta pelo estabelecimento, pela legislação em vigor e pelas presentes normas.
7. Dispor de sistema de referência ambulatorial e hospitalar.

8. Providenciar a transferência do idoso, quando houver mudança no seu grau de capacidade funcional que o justifique.
 9. Quando dispuser de cuidadores, estes estarão sob a responsabilidade de seu Diretor Técnico e da supervisão de enfermagem.
 10. Implementar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação física e mental da saúde do idoso.
 11. Prevenção e controle de infecção.
 12. Incentivar e promover a interação da família do idoso asilado.
-

RESOLUÇÃO CFM nº 1.819/2007

Proíbe a colocação do diagnóstico codificado (CID) ou tempo de doença no preenchimento das guias da TISS de consulta e solicitação de exames de seguradoras e operadoras de planos de saúde concomitantemente com a identificação do paciente e dá outras providências.

Art. 1º Vedar ao médico o preenchimento, nas guias de consulta e solicitação de exames das operadoras de planos de saúde, dos campos referentes à Classificação Internacional de Doenças (CID) e tempo de doença concomitantemente com qualquer outro tipo de identificação do paciente ou qualquer outra informação sobre diagnóstico, haja vista que o sigilo na relação médico-paciente é um direito inalienável do paciente, cabendo ao médico a sua proteção e guarda.

Art. 2º Considerar falta ética grave todo e qualquer tipo de constrangimento exercido sobre os médicos para forçá-los ao descumprimento desta resolução ou de qualquer outro preceito ético-legal.

Parágrafo único. Respondem perante os Conselhos de Medicina os diretores médicos, os diretores técnicos, os prepostos médicos e quaisquer outros médicos que, direta ou indiretamente, concorram para a prática do delito ético descrito no caput deste artigo.

LEI FEDERAL Nº 12.842, DE 10 DE JULHO DE 2013

Dispõe sobre o exercício da Medicina.

Art. 1º O exercício da Medicina é regido pelas disposições desta Lei.

Art. 2º O objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza.

Parágrafo único. O médico desenvolverá suas ações profissionais no campo da atenção à saúde para:

- I - a promoção, a proteção e a recuperação da saúde;
- II - a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças;
- III - a reabilitação dos enfermos e portadores de deficiências.

Art. 3º O médico integrante da equipe de saúde que assiste o indivíduo ou a coletividade atuará em mútua colaboração com os demais profissionais de saúde que a compõem.

Art. 4º São atividades privativas do médico:

- I - (VETADO);
- II - indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios;
- III - indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias;
- IV - intubação traqueal;
- V - coordenação da estratégia ventilatória inicial para a ventilação mecânica invasiva, bem como das mudanças necessárias diante das intercorrências clínicas, e do programa de interrupção da ventilação mecânica invasiva, incluindo a desintubação traqueal;
- VI - execução de sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral;
- VII - emissão de laudo dos exames endoscópicos e de imagem, dos procedimentos

diagnósticos invasivos e dos exames anatomopatológicos;

VIII - (VETADO);

IX - (VETADO);

X - determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico;

XI - indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde;

XII - realização de perícia médica e exames médico-legais, excetuados os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular;

XIII - atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas;

XIV - atestação do óbito, exceto em casos de morte natural em localidade em que não haja médico.

§ 1º Diagnóstico nosológico é a determinação da doença que acomete o ser humano, aqui definida como interrupção, cessação ou distúrbio da função do corpo, sistema ou órgão, caracterizada por, no mínimo, 2 (dois) dos seguintes critérios:

I - agente etiológico reconhecido;

II - grupo identificável de sinais ou sintomas;

III - alterações anatômicas ou psicopatológicas.

§ 2º (VETADO).

§ 3º As doenças, para os efeitos desta Lei, encontram-se referenciadas na versão atualizada da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

§ 4º Procedimentos invasivos, para os efeitos desta Lei, são os caracterizados por quaisquer das seguintes situações:

I - (VETADO);

II - (VETADO);

III - invasão dos orifícios naturais do corpo, atingindo órgãos internos.

§ 5º Excetua-se do rol de atividades privativas do médico:

I - (VETADO);

II - (VETADO);

III - aspiração nasofaríngea ou orotraqueal;

IV - (VETADO);

V - realização de curativo com desbridamento até o limite do tecido subcutâneo, sem a necessidade de tratamento cirúrgico; VI - atendimento à pessoa sob risco de morte iminente;

VII - realização de exames citopatológicos e seus respectivos laudos;
VIII - coleta de material biológico para realização de análises clínico-laboratoriais;
IX - procedimentos realizados através de orifícios naturais em estruturas anatômicas visando à recuperação físico-funcional e não comprometendo a estrutura celular e tecidual.

§ 6º O disposto neste artigo não se aplica ao exercício da Odontologia, no âmbito de sua área de atuação.

§ 7º O disposto neste artigo será aplicado de forma que sejam resguardadas as competências próprias das profissões de assistente social, biólogo, biomédico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, terapeuta ocupacional e técnico e tecnólogo de radiologia.

Art. 5º São privativos de médico: I - (VETADO);

II - perícia e auditoria médicas; coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privativas de médico;

III - ensino de disciplinas especificamente médicas;

IV - coordenação dos cursos de graduação em Medicina, dos programas de residência médica e dos cursos de pós-graduação específicos para médicos.

Parágrafo único. A direção administrativa de serviços de saúde não constitui função privativa de médico.

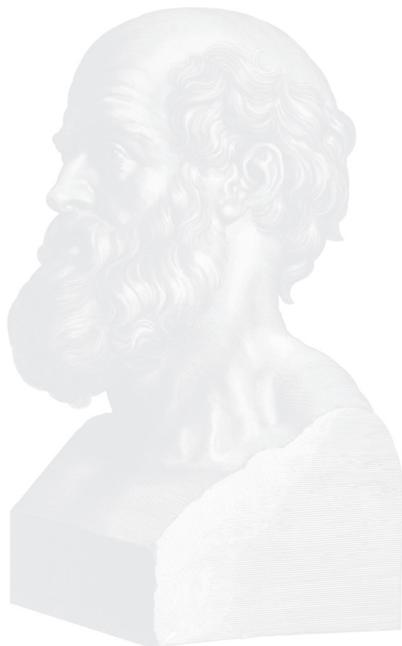
Art. 6º A denominação de "médico" é privativa dos graduados em cursos superiores de Medicina, e o exercício da profissão, dos inscritos no Conselho Regional de Medicina com jurisdição na respectiva unidade da Federação.

Art. 7º Compreende-se entre as competências do Conselho Federal de Medicina editar normas para definir o caráter experimental de procedimentos em Medicina, autorizando ou vedando a sua prática pelos médicos.

Parágrafo único. A competência fiscalizadora dos Conselhos Regionais de Medicina abrange a fiscalização e o controle dos procedimentos especificados no caput, bem como a aplicação das sanções pertinentes em caso de inobservância das normas determinadas pelo Conselho Federal.

3.

Responsabilidade dos Estabelecimentos de saúde



"(...) ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhes esta arte, se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem compromisso escrito; fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, porém, só a estes.(...)"

Segundo Genival Veloso França (2014), a negligência caracteriza-se pela inação, indolência, inércia e passividade. É a falta de observância aos deveres que as circunstâncias exigem. É um ato omissivo.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 24, DE 27 DE FEVEREIRO DE 1989.

Dispõe sobre a responsabilidade ética nas instituições médicas.

Art. 1º A qualidade do ato médico em instituições médico-assistenciais é da responsabilidade do profissional e dos superiores hierárquicos.

Parágrafo único. Caso fiquem apuradas as responsabilidades de pessoas físicas ou jurídicas que não estejam sob a jurisdição administrativa do CREMERJ, este providenciará as apresentações legais cabíveis.

Art. 2º O médico em função ou cargo de chefia, direção ou assessoria, independente da denominação que receba tal função ou cargo em organização pública ou privada, responde subsidiariamente perante o CREMERJ, pela qualidade do ato médico praticado em sua instituição.

Art. 3º O trabalho coletivo ou em equipe não diminui a responsabilidade de cada profissional pelos atos praticados.

Art. 4º É da responsabilidade das direções das instituições e das autoridades sanitárias definir e divulgar à população o perfil do atendimento de suas instituições.

§ 1º A modificação deste perfil, mesmo que temporária, deve ser divulgada, da mesma forma e com antecedência, à população e às demais instituições.

§ 2º Cabe à direção da instituição e das autoridades sanitárias a responsabilidade pela falta de condições para o atendimento dentro do perfil divulgado para a mesma.

Art. 5º A direção técnica da instituição tem obrigação de garantir a cada paciente um médico assistente, que será o responsável pelo seu atendimento. [...]

Art. 7º A direção deve zelar pelo padrão da qualidade assistencial da instituição,

pelo aprimoramento continuado do conhecimento técnico-científico dos profissionais e pela permanente avaliação da assistência prestada à população.

Art. 8º O médico, independente da posição hierárquica que ocupe na estrutura organizacional, deve atender à convocação da Comissão de Ética Médica da Instituição.

Art. 9º A chefia técnica e o controle profissional do trabalho médico em instituição pública ou privada só poderão ser exercidos por médico.

Art. 10. É da responsabilidade da direção da instituição garantir que os boletins e os prontuários sejam rigorosamente elaborados de modo a garantir a continuidade da assistência médica.”

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.650, DE 06 DE NOVEMBRO DE 2002

Estabelece normas de comportamento a serem adotadas pelos estabelecimentos de assistência médica, em relação a estudantes de Medicina oriundos de universidades estrangeiras.

Art. 1º É vedado aos membros dos Corpos Clínicos dos estabelecimentos de assistência médica participar da execução, direta ou indireta, de convênios ou quaisquer outros termos obrigacionais, para a realização de estágios ou internatos, destinados a alunos oriundos de faculdades/cursos de Medicina de outros países, junto a instituições de saúde privadas, filantrópicas ou públicas.

Parágrafo único. Excetua-se do mandamento disposto no caput do artigo os membros dos Corpos Clínicos de hospitais universitários, quando da vigência de acordo oficial celebrado entre as universidades.

Art. 2º A responsabilidade pela observância desta norma cabe solidariamente aos diretores clínico e técnico das instituições.

Art. 3º A realização de estágio ou internato do curso de Medicina por alunos de faculdades de Medicina estrangeiras não dispensa a posterior convalidação do diploma por universidade pública, nos termos da lei.

3.1

COMISSÕES OBRIGATÓRIAS

3.1.1

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

É obrigatória, em todos os estabelecimentos de saúde, a criação da Comissão de Ética Médica. Deverá ser criada através de eleições diretas, sob a supervisão do Conselho Regional de Medicina da jurisdição correspondente. As diretrizes gerais para a criação da Comissão de Ética Médica são normatizadas pelas Resoluções do CREMERJ nº 02/84, 03/84, 42/92, 43/92, 63/93, 74/94 e 107/96 e pelas Resoluções CFM nº 1.657/2002 e 1.812/2007.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 02, DE 09 DE MAIO DE 1984.

Cria Comissões de Ética em todos os estabelecimentos hospitalares e em outras pessoas jurídicas que exerçam a Medicina através de eleições diretas, sob a supervisão do CREMERJ.

Criar Comissões de Ética em todos os estabelecimentos hospitalares e outras pessoas jurídicas em que se exerça a Medicina, ou sob cuja égide se exerça a Medicina no Estado do Rio de Janeiro, através de eleições diretas, sob a supervisão do CREMERJ, com poderes delegados de fiscalização do exercício ético da Medicina.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 03, DE 09 DE MAIO DE 1984.

Regulamenta a Resolução CREMERJ nº 02/84 e cria normas para a organização, funcionamento e eleição das Comissões de Ética Médica. (Incluídas as alterações de redação dos artigos 3º, 4º, 13º, 16º e 22º)

CAPÍTULO I

DA ORGANIZAÇÃO DAS COMISSÕES DE ÉTICA MÉDICA

Art. 1º O CREMERJ organizará e manterá na área de sua jurisdição, atividade de fiscalização do desempenho ético da Medicina, por meio de Comissões de Ética

Médica, que estarão subordinadas a este Conselho.

[...] **Art. 3º** Os médicos eleitos exercerão suas funções pelo período de 36 (trinta e seis) meses, podendo ser reeleitos. (Alterado pela Resolução CREMERJ nº 107 de 1º de julho de 1996).

Art. 4º As Comissões de Ética Médica serão instaladas nas sedes de todos os estabelecimentos hospitalares e outras pessoas jurídicas em que se exerça a Medicina, ou sob cuja égide seja exercida a Medicina [...]

Parágrafo 2º Para efeito de aplicação desta Resolução será considerado médico de uma instituição de saúde:

- a - aquele que prestar serviço nesta instituição sob qualquer relação de trabalho;
- b - aquele que esteja aposentado e reconhecidamente tenha sido membro da instituição;
- c - os Médicos Residentes serão regidos segundo o disposto na Resolução CREMERJ nº 42/92.

CAPÍTULO II DA COMPETÊNCIA

Art. 5º Compete à Comissão de Ética Médica:

a) Fiscalizar:

- 1 - O exercício ético da profissão de médico na instituição onde funciona a Comissão;
- 2 - as condições oferecidas pela instituição e sua compatibilidade com o perfeito desempenho técnico e moral da Medicina;
- 3 - a obediência aos princípios que regulamentam os preceitos legais dos direitos dos médicos,
- 4 - a qualidade do atendimento dispensado aos pacientes.

b) Manter atualizado o cadastramento de todos os médicos que trabalham na instituição onde funciona a Comissão;

c) Comunicar ao CREMERJ o exercício ilegal da Medicina;

d) Comunicar ao CREMERJ as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos exigidos em lei;

e) Acompanhar e colaborar com o CREMERJ na verificação das condições técnicas

de funcionamento dos estabelecimentos de saúde e outras pessoas jurídicas em que se exerça a Medicina, ou sob cuja égide seja exercida a Medicina;

f) Colaborar com o CREMERJ na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Deontologia Médica.

CAPÍTULO III

DAS NORMAS E CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DAS CEMs

Art. 6º Para exercer as atribuições de suas funções, os membros da Comissão de Ética Médica receberão do CREMERJ, no ato de investidura, o seu cartão de identidade funcional.

Art. 7º Quando constatadas evidências de infração à lei ou a dispositivos éticos vigentes, a Comissão de Ética Médica comunicará o fato imediatamente ao CREMERJ.

Parágrafo único. A comunicação a que se refere o caput do presente artigo será feita em duas vias, sendo que a primeira ficará com a Comissão de Ética Médica e a segunda com o CREMERJ.

Art. 8º Deverá a Comissão de Ética Médica elaborar, sempre que necessários ou solicitados, relatórios sobre as atividades desenvolvidas na instituição sob a sua jurisdição.

Art. 9º A Comissão de Ética Médica se fará representar pelo menos por um de seus membros, nas convocações feitas pelo CREMERJ.

Art. 10 Os membros efetivos das Comissões de Ética Médica poderão solicitar a participação de membros suplentes nos trabalhos da Comissão.

Art. 11 Os membros das CEMs receberão, além da credencial do CREMERJ, todo o apoio necessário para o bom e fiel exercício do seu mandato.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.657, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2002.

Estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências.

Art. 1º Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas que se exerçam a Medicina, ou sob cuja égide se exerça a Medicina em todo o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu Corpo Clínico, conforme previsto nos seus Regimentos Internos, Comissões de Ética Médica nos termos desta resolução.

Parágrafo único. Compete ao diretor clínico encaminhar ao Conselho Regional de sua jurisdição a ata da eleição da Comissão de Ética Médica.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.812, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2007.

Altera o art. 6º da Resolução CFM nº 1.657/2002, de 11 de dezembro de 2002.

Art. 1º O artigo 6º do Anexo da Resolução CFM nº 1.657 de 11 de dezembro de 2002, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 6º O mandato das Comissões de Ética será de até 30 (trinta) meses.”

3.1.2 COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 83, DE 11 DE JANEIRO DE 1995.

Obriga a criação de Comissões de Infecção Hospitalar, em todos os estabelecimentos hospitalares.

Art. 1º Tornar obrigatória a criação de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar em todos os estabelecimentos hospitalares.

Parágrafo único. As demais Unidades de Saúde deverão estabelecer igualmente Programa de Prevenção e Controle Interno de Infecção.

Art. 2º A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção da Unidade, por eleição do Corpo Clínico, ou por qualquer outro mecanismo que a unidade julgar adequado, devendo ser formada preferencialmente por profissionais com treinamento específico na área.

§ 1º Todas as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar deverão, através das Direções Técnicas das Unidades, comunicar ao CREMERJ a sua criação, composição e alteração de seus membros.

§ 2º As direções das unidades terão 90 (noventa) dias, a contar da publicação da presente Resolução, para criar as respectivas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar.

Art. 3º A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade.

Art. 4º Os Diretores Técnicos das unidades serão os responsáveis pelo fiel cumprimento da presente Resolução.

Art. 5º Ficam revogadas as Resoluções CREMERJ n. 72/94 e 82/94.

3.1.3 COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO

Dispõe sobre a Comissão de Revisão de Óbito em estabelecimentos hospitalares.

Art. 1º Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Óbito em todos os estabelecimentos hospitalares.

Art. 2º A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção da Unidade, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro mecanismo que a Unidade julgar adequado.

Art. 3º A não existência na Instituição de Serviço de Anatomia Patológica não exclui o trabalho da Comissão de Revisão de Óbito.

Art. 4º Compete à Comissão de Revisão de Óbito a avaliação de todos os óbitos ocorridos na Unidade, bem como dos laudos de todas as necropsias, solicitando, inclusive, se necessário, os laudos do Instituto Médico Legal.

Art. 5º A Comissão de Revisão de Óbito deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações.

Art. 6º Todas as Comissões de Revisão de Óbito deverão comunicar às Comissões de Ética Médica e/ou ao CREMERJ a sua criação e composição.

3.1.4 COMISSÃO DE DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 41, DE 07 DE FEVEREIRO DE 1992.

Define sobre a Comissão de Revisão de Prontuários.

Art. 1º Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuário nas Unidades de Saúde onde se presta Assistência Médica.

Art. 2º A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção da Unidade, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro mecanismo que a Unidade julgar adequado.

Art. 3º A responsabilidade pelo prontuário do paciente cabe:

- I - Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;
- II - À hierarquia médica da instituição nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;
- III - À hierarquia médica constituída pelas Chefias de Equipe, da Clínica, do Setor até o Diretor da Divisão Médica e/ou Diretor Técnico.

Art. 4º A Comissão de Revisão de Prontuário compete a avaliação:

I - Dos itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário:

- a) Identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
- b) É obrigatório que a letra do profissional que atendeu o paciente seja legível, bem como são obrigatórios a assinatura e o carimbo;
- c) É obrigatória a evolução diária do paciente com data e hora;
- d) Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra Unidade.

II - Da responsabilidade da execução, preenchimento e guarda dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à Chefia da Equipe, à Chefia da Clínica e à Direção Técnica da Unidade.

Art. 5º A Comissão de Revisão de Prontuário deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.638, DE 10 DE JULHO DE 2002

Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

Art. 1º Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 2º Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

- I. Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;
- II. À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;
- III. À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

Art. 3º Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 4º A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

Art. 5º Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

- I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:
 - a) Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

- b) Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
- c) Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;
- d) Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;
- e) Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

II. Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Art. 6º A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas. [...]

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.821, DE 23 DE NOVEMBRO DE 2007

Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.

Art. 1º Aprovar o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, versão 3.0 e/ou outra versão aprovada pelo Conselho Federal de Medicina, anexo e também disponível nos sites do Conselho Federal de Medicina e Sociedade

Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), respectivamente, www.portalmedico.org.br e www.sbis.org.br.

Art. 2º Autorizar a digitalização dos prontuários dos pacientes, desde que o modo de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça a norma específica de digitalização contida nos parágrafos abaixo e, após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários, as normas da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

§ 1º Os métodos de digitalização devem reproduzir todas as informações dos documentos originais.

§ 2º Os arquivos digitais oriundos da digitalização dos documentos do prontuário dos pacientes deverão ser controlados por sistema especializado (Gerenciamento eletrônico de documentos - GED), que possua, minimamente, as seguintes características:

- a) Capacidade de utilizar base de dados adequada para o armazenamento dos arquivos digitalizados;
- b) Método de indexação que permita criar um arquivamento organizado, possibilitando a pesquisa de maneira simples e eficiente;
- c) Obediência aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde;

Art. 3º Autorizar o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informação identificada em saúde, eliminando a obrigatoriedade do registro em papel, desde que esses sistemas atendam integralmente aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde;

Art. 4º Não autorizar a eliminação do papel quando da utilização somente do “Nível de garantia de segurança 1 (NGS1)”, por falta de amparo legal.

Art. 5º Como o “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, exige o uso de assinatura digital, e conforme os artigos 2º e 3º desta resolução, está autorizada a utilização de certificado digital padrão ICP-Brasil, até a implantação do CRM Digital pelo CFM, quando então será dado um prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias

para que os sistemas informatizados incorporem este novo certificado.

Art. 6º No caso de microfilmagem, os prontuários microfilmados poderão ser eliminados de acordo com a legislação específica que regulamenta essa área e após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Art. 7º Estabelecer a guarda permanente, considerando a evolução tecnológica, para os prontuários dos pacientes arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

Art. 8º Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários dos pacientes em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

Art. 9º As atribuições da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos em todas as unidades que prestam assistência médica e são detentoras de arquivos de prontuários de pacientes, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileira, podem ser exercidas pela Comissão de Revisão de Prontuários.

Art. 10º Estabelecer que o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), mediante convênio específico, expedirão selo de qualidade dos sistemas informatizados que estejam de acordo com o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, aprovado nesta resolução.

RECOMENDAÇÃO CFM Nº 3/14

Recomendar aos profissionais médicos e instituições de tratamento médico, clínico, ambulatorial ou hospitalar no sentido de: a) fornecerem, quando solicitados pelo cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, os prontuários médicos do paciente falecido: desde

que documentalmente comprovado o vínculo familiar e observada a ordem de vocação hereditária; b) informarem aos pacientes acerca da necessidade de manifestação expressa da objeção à divulgação do seu prontuário médico após a sua morte.

Art. 1º Que os médicos e instituições de tratamento médico, clínico, ambulatorial ou hospitalar: a) forneçam, quando solicitados pelo cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, os prontuários médicos do paciente falecido: desde que documentalmente comprovado o vínculo familiar e observada a ordem de vocação hereditária, e b) informem os pacientes acerca da necessidade de manifestação expressa da objeção à divulgação do seu prontuário médico após a sua morte.

3.1.5 COMISSÃO REVISORA DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

RESOLUÇÃO CFM Nº 115, DE 13 DE AGOSTO DE 1997

Institui, em toda Unidade Assistencial de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, que efetue internações psiquiátricas, a Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica, cuja composição deverá receber Certificado de Registro do CREMERJ.

Art. 1º Fica instituída, em toda Unidade Assistencial de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, que efetue internações psiquiátricas, a Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica.

Art. 2º A Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica deverá ser composta, no mínimo, por três membros titulares e dois membros suplentes, dos médicos do Corpo Clínico da Unidade Assistencial de Saúde.

§ 1º O médico Responsável Técnico da Instituição é membro titular nato da Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica.

§ 2º A Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica será criada por designação da Direção da Unidade Assistencial, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro mecanismo, que a Unidade Assistencial julgar adequado.

Art. 3º Cabe à Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica avaliar e decidir sobre a necessidade do prosseguimento da internação do usuário desde que a internação tenha:

I - ocorrido de modo involuntário, isto é, sem o consentimento do usuário, ou, que tendo a princípio sido voluntária, isto é, com o consentimento do usuário, perca esta característica, por dela desistir o usuário e entendendo seu médico ser necessária a continuação do tratamento a nível nosocomial, e

II - completado 7 (sete) dias, ou,

III- depois da primeira avaliação, periodicamente a cada 30 (trinta) dias.

Parágrafo único. Em caso do usuário ser cliente de um dos membros titulares da Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica, este fica impedido da avaliação e decisão sobre o caso, sendo substituído por um dos membros suplentes.[...]

Art. 9º O não cumprimento do disposto nesta Resolução é considerado falta ética por parte do Responsável Técnico de Instituições Assistenciais de Saúde, obrigadas à organização da Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica, referida no art. 1º supracitado. [...]

RESOLUÇÃO CFM nº 2.057/2013

Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria.

CAPÍTULO II DO DIRETOR TÉCNICO MÉDICO

Art. 2º É responsabilidade do diretor técnico médico de serviços que prestem assistência psiquiátrica garantir que todos sejam tratados com respeito e dignidade.

§ 1º É também seu dever garantir as condições mínimas para a segurança dos atos privativos dos médicos, conforme definido nestas normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

a. São serviços de assistência psiquiátrica: os hospitais psiquiátricos, as comunidades terapêuticas de natureza médica, ambulatórios especializados, inclusive os Caps, e consultórios isolados ou institucionais;

b. A garantia a que se refere o caput diz respeito a todas as pessoas sob seu comando, incluindo médicos e componentes das equipes assistenciais e de apoio, bem como aos pacientes assistidos sob regime de internação ou não.

§ 2º Com o objetivo de tornar oficial seu empenho em resolver precariedades do serviço, obriga-se ao diretor técnico médico:

a. Noticiar ao Conselho Regional de Medicina, com cópia para os administradores da instituição, sempre que faltarem as condições necessárias para a boa prática médica. A partir deste fato, o Conselho Regional de Medicina obriga-se a fazer a vistoria das condições denunciadas em até três dias úteis;

b. Com base na confirmação da existência da inconformidade, determinar a suspensão total ou parcial do serviço até que as condições mínimas previstas no manual sejam restabelecidas, oficiando ao Conselho Regional de Medicina para que realize inspeção e constate o término do problema detectado;

c. O ato de interdição deve contar com a participação do Corpo Clínico, em razão da integração e responsabilidade compartilhada pela assistência e segurança dos pacientes;

d. Comprovar, sempre que instado pelo Conselho Regional, que em memorandos ou outros expedientes formais, antecedendo ao ato da notificação, exigira providência de instâncias superiores para a solução dos problemas.

Art. 3º Os diretores técnicos médicos de estabelecimentos ou serviços de assistência psiquiátrica são responsáveis pela integração da equipe multiprofissional envolvida na assistência aos doentes psiquiátricos. Parágrafo único. A participação em uma equipe multiprofissional não justifica a delegação de atos médicos privativos a outros profissionais, nem o isenta de responsabilidade quando de atos compartilhados.

RECOMENDAÇÃO CFM Nº 1, DE 12 DE MARÇO DE 2015.

Recomenda a criação, o funcionamento e a participação dos médicos nos Comitês de Bioética.

Art. 1º Ao diretor técnico e clínico de corpo clínico de hospitais, aos diretores técnicos das demais instituições de saúde e aos presidentes de entidades profissionais médicas que contribuam, no âmbito de sua competência, para a criação, o funcionamento e a manutenção de um Comitê de Bioética em sua instituição, de acordo com a relevância, a pertinência e o número de profissionais existentes.

§ 1º Comitê de Bioética é um colegiado multiprofissional de natureza autônoma, consultiva e educativa que atua em hospitais e instituições assistenciais de saúde, com o objetivo de auxiliar na reflexão e na solução de questões relacionadas à moral e à bioética que surgem na atenção aos pacientes.[...]

Art. 2º Aos diretores técnicos das instituições de saúde, diretores clínicos de corpo clínico dos hospitais e presidentes de entidades médicas que enviem esforços no sentido de:

- a) Incentivar a participação de médicos nos Comitês de Bioética existentes;
- b) Favorecer a divulgação de normas e orientar que sejam encaminhados ao Comitê de Bioética da instituição os conflitos – de ordem ética, moral, religiosa ou outros – pertinentes ao atendimento aos pacientes, a critério do médico assistente;
- c) Encaminhar ao Comitê de Bioética, para conhecimento, eventual análise e manifestação, documentos institucionais que contenham aspectos bioéticos;
- d) Apoiar os eventos promovidos pelo Comitê de Bioética, em sua ou em outras instituições, bem como incluir assuntos bioéticos em outros eventos;
- e) Oferecer apoio à criação, funcionamento, manutenção e divulgação do Comitê de Bioética na instituição, assim como ao processo inicial de elaboração do Regimento Interno do Comitê de Bioética e sua forma de escolha de membros médicos e multiprofissionais;
- f) Providenciar local e infraestrutura necessários e adequados ao exercício das atividades do Comitê de Bioética.

4.

Estabelecimentos de Saúde



“(…) Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva.(…)”

RESOLUÇÃO CFM Nº 997, DE 23 DE MAIO DE 1980

Cria nos CRMs e CFM os Cadastros Regionais e o Cadastro Central dos Estabelecimentos de Saúde de Direção Médica.

Art. 1º Ficam criados nos Conselhos Regionais de Medicina e no Conselho Federal de Medicina os Cadastros Regionais e o Cadastro Central dos Estabelecimentos de Saúde de direção médica, respectivamente, com a finalidade de propiciar melhores condições ao desempenho da ação fiscalizadora de competência daqueles órgãos.

Art. 2º Os estabelecimentos de saúde, também chamados serviços de saúde ou unidade de saúde, onde se exerçam atividades de diagnóstico e tratamento, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde e que sejam de direção técnica de médicos, deverão ser cadastrados no Conselho Regional de Medicina da área correspondente à sua localização.

Art. 3º Os pedidos de inscrição no Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde mantidos nos Conselhos Regionais é de competência do médico que estiver investindo na direção técnica do mesmo, sendo conseqüentemente o seu principal responsável e deve ser acompanhado de prova de que seu funcionamento está licenciado e regularizado nas repartições competentes e mais ainda da prova de que o peticionário tem situação regular perante o Conselho Regional de Medicina.

[...] **Art. 5º** A denominação dos estabelecimentos de saúde deve estar de acordo com os conceitos definições postos em vigor pelo Ministério da Saúde.

[...] **Art. 7º** Os Médicos Diretores Técnicos dos estabelecimentos de saúde estão obrigados a remeter ao Conselho Regional de Medicina, no 1º trimestre de cada ano, a relação dos profissionais médicos que atuam no estabelecimento, bem como comunicar as alterações que forem se verificando no decorrer de cada ano.

Art. 8º No caso de afastamento do Médico Diretor Técnico do estabelecimento de saúde, deverá o cargo ser imediatamente ocupado pelo seu substituto, também médico legalmente habilitado, e essa substituição comunicada, dentro de vinte e

quatro (24) horas ao Conselho Regional de Medicina, sob pena de procedimento disciplinar, envolvendo o médico que se afasta e aquele que substitui, caso haja omissão daquela providência.

Art. 9º Os estabelecimentos de saúde, que sob qualquer forma divulgarem anúncios, respondem, na pessoa de seu Diretor Técnico, perante os Conselhos Regionais de Medicina, pelos aspectos antiéticos dos mesmos anúncios.

Art. 10. Os estabelecimentos de saúde, que sob qualquer forma anunciarem especialidades médicas, deverão ter a seu serviço profissionais registrados nos Conselhos Regionais de Medicina, nas correspondentes especialidades.

Parágrafo único - A não observância do estabelecido neste artigo constitui infringência ética, por parte do Diretor Técnico.

Art. 11. O Diretor Técnico Médico, principal responsável pelo funcionamento dos estabelecimentos de saúde, terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento, que a ele ficam subordinados hierarquicamente.

Art. 12. A falta de cumprimento no disposto nesta Resolução, por parte dos médicos, Diretores Técnicos dos estabelecimentos de saúde, constitui obstáculo à ação fiscalizadora dos Conselhos Regionais de Medicina, configurando infração ética, sujeita à ação disciplinar pelos respectivos Conselhos Regionais.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.236, DE 14 DE MARÇO DE 1987

Os estabelecimentos de saúde destinados ao exercício da medicina física e reabilitação estão obrigados a inscrever-se exclusivamente nos Conselhos Regionais de Medicina, conforme determina a lei n.º 6.839/80.

Art. 1º Os estabelecimentos de saúde destinados ao exercício da Medicina Física e Reabilitação, estão obrigados a inscrever-se exclusivamente nos Conselhos Regionais de Medicina, conforme determina a Lei nº 6.839, de 30 de setembro de 1980.

Art. 2º Os estabelecimentos de saúde acima mencionados deverão obrigatoriamente ser dirigidos por médicos, designados Diretores Técnicos.

Art. 3º Os médicos responsáveis pela Direção Técnica dos Serviços de Medicina Física e Reabilitação, deverão exercer suas atividades no local onde estiver instalado serviço sob sua direção.

Art. 4º Compete unicamente aos médicos fazer diagnóstico, solicitar exames, prescrever terapêutica e dar alta a pacientes nos Serviços de Medicina Física e Reabilitação.

Art. 5º É vedado ao médico, com exercício profissional nos Serviços de Medicina Física e Reabilitação, atribuir ou delegar funções de sua exclusiva competência para profissionais não habilitados ao exercício da Medicina.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 80, DE 16 DE DEZEMBRO DE 1994

Obriga o registro no CREMERJ, com a indicação de um Responsável Técnico, das empresas com atividades de transporte de pacientes.

Art. 1º Todas as empresas que desenvolvam atividades de transporte de pacientes no Estado do Rio de Janeiro deverão manter registro no CREMERJ, com a indicação de um Responsável Técnico.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 81, DE 16 DE DEZEMBRO DE 1994

Obriga o registro no CREMERJ, com a indicação de um Responsável Técnico, dos estabelecimentos de prestação, direta ou indireta, de serviços médicos.

Art. 1º Todos os estabelecimentos de prestação, direta ou indireta, de serviços médicos estão obrigados a manter registro no CREMERJ, com a indicação de um Responsável Técnico.

Art. 2º Incluem-se na obrigatoriedade do artigo 1º os planos de saúde privados, bem como qualquer gênero de administração de serviços de saúde mantidos, direta ou indiretamente, por empresas públicas e privadas.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 23, DE 25 DE JANEIRO DE 1998

Institui a Certidão de Anotação de Responsabilidade Técnica (CART) e estabelece normas a serem seguidas pelos estabelecimentos de saúde.

Art. 1º Instituir a Certidão de Anotação de Responsabilidade Técnica (CART), expedida pelo CREMERJ, com o nome do médico Diretor Técnico da instituição e com o seu respectivo número de inscrição no Conselho.

Art. 2º Os estabelecimentos de saúde deverão manter em local de fácil acesso e visível ao público a Certidão de Anotação de Responsabilidade Técnica.

Art. 3º A Certidão de Anotação de Responsabilidade Técnica será renovada anualmente no ato do pagamento das anuidades devidas pelos estabelecimentos de saúde ao CREMERJ.

Art. 4º No caso de afastamento de médico Diretor Técnico do estabelecimento de saúde deverá o cargo ser imediatamente ocupado por um substituto, também médico legalmente habilitado, sendo essa substituição comunicada dentro de 24 horas ao CREMERJ, sob pena de procedimento disciplinar envolvendo o médico que se afasta e aquele que o substitui.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 120, DE FEVEREIRO DE 1998

Dispõe sobre a obrigatoriedade de inscrição no CREMERJ de todas as firmas terceirizadas de prestação de serviços médicos, ainda que atuem em estabelecimentos de saúde já registrada neste Conselho.

Art. 1º Todas as firmas de prestação de serviços médicos, ainda que atuando em estabelecimentos de saúde já registrados no CREMERJ, estão também obrigadas a

manter registro no CREMERJ.

Art. 2º Para a emissão da Certidão de Anotação de Responsabilidade Técnica (CART), a firma de prestação de serviços médicos indicará o nome do médico Responsável Técnico com o seu respectivo número de inscrição no Conselho.

Art. 3º O CART da firma de prestação de serviços médicos deverá ser mantido em local de fácil acesso e exposto ao público nos estabelecimentos de saúde onde a mesma atua.

Art. 4º A responsabilidade ético-profissional do médico, Responsável Técnico da firma de prestação de serviços médicos, quanto aos atos médicos praticados por sua empresa, não isenta a eventual responsabilidade ético-profissional do Responsável Técnico da instituição ou estabelecimento de saúde contratante de seus serviços.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.590, DE 15 DE DEZEMBRO DE 1999

É obrigatório o registro, junto ao Conselho Regional de Medicina competente, das operadoras de planos de saúde e de medicina de grupo, dos planos de autogestão e das cooperativas médicas, devidamente registrados junto ao Ministério da Saúde.

Art. 1º É obrigatório o registro, junto ao Conselho Regional de Medicina competente, das operadoras de planos de saúde e de medicina de grupo, dos planos de autogestão e das cooperativas médicas, devidamente registrados junto ao Ministério da Saúde.

Parágrafo Único. Entende-se como Conselho Regional de Medicina competente, nos termos do caput deste artigo, o da unidade da federação em que as empresas citadas exerçam suas atividades, independentemente do estado onde esteja situada sua sede ou matriz.

Art. 2º As empresas referidas no artigo 1º desta Resolução terão obrigatoriamente

um Diretor Técnico em cada unidade federativa que responderá eticamente perante o Conselho Regional de Medicina em que atuar.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.642, DE 07 DE AGOSTO DE 2002

As empresas que atuam sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços médicos devem estar registradas nos Conselhos Regionais de Medicina de sua respectiva jurisdição, bem como respeitar a autonomia profissional dos médicos, efetuando os pagamentos diretamente aos mesmos e sem sujeitá-los a quaisquer restrições; nos contratos, deve constar explicitamente a forma atual de reajuste, submetendo as suas tabelas à apreciação do CRM do estado onde atuem. O sigilo médico deve ser respeitado, não sendo permitida a exigência de revelação de dados ou diagnósticos para nenhum efeito.

CONSIDERANDO que a Lei nº 9.656/98 institui, para que possam ter autorização de funcionamento, a obrigatoriedade do registro de empresas operadoras de planos e seguros de saúde, de qualquer forma ou situação que possam existir, nos Conselhos Regionais de Medicina da jurisdição onde estejam localizadas;

CONSIDERANDO que a Lei nº 6.839/80 institui a obrigatoriedade do registro das empresas de prestação de serviços médico-hospitalares, em razão de sua atividade básica ou em relação àquela pela qual presta serviços a terceiros, e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas responsáveis, nos Conselhos Regionais de Medicina;

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 186, DE 08 DE JANEIRO DE 2003

Dispõe sobre o registro e acerca das chefias de Setores das Unidades Assistenciais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro.

Art. 1º As Unidades Assistenciais de Saúde onde se executam atos médicos deverão ser registradas e/ou cadastradas no Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

Art. 2º As Unidades Assistenciais de Saúde para se registrarem e/ou cadastrarem no CREMERJ deverão indicar um médico como Responsável Técnico, que será o responsável por assegurar à Instituição as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Art. 3º Os Setores das Unidades Assistenciais de Saúde, que tenham profissionais médicos desempenhando atos médicos, serão, obrigatoriamente, chefiados por profissionais médicos.

Art. 4º Os Setores das Unidades Assistenciais de Saúde onde atuem profissionais médicos que não executem atos médicos poderão ser chefiados por profissionais de qualquer formação.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.722, DE 18 DE JUNHO DE 2004.

Veda aos médicos prestarem serviços aos planos de saúde que não tenham inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina. Os contratos de prestação de serviços a planos de saúde devem ter a assinatura dos diretores técnicos dos hospitais e dos próprios planos.

Art. 1º É vedado aos médicos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina qualquer tipo de relacionamento de prestação de serviços médicos às empresas de planos de saúde, autogestão, cooperativas médicas ou seguros que comercializem planos de saúde que não tenham inscrição no cadastro de pessoas jurídicas junto ao respectivo Conselho Regional de Medicina e, conseqüentemente, diretores técnicos e/ou diretores clínicos também não relacionados no Conselho Regional de Medicina.

Art. 2º A partir da publicação desta resolução fica obrigatória a assinatura dos diretores técnicos de planos de saúde, hospitais, clínicas ou outros estabelecimentos de saúde, nos contratos de prestação de serviços médicos, mesmo que a responsabilidade daqueles seja solidária àquela concernente à Direção Comercial na consecução dos referidos contratos.

Parágrafo único. Os médicos que prestarem seus serviços profissionais a planos de saúde e outros acima citados e que não observarem frente ao Conselho Regional de Medicina do seu estado o cumprimento do contido no caput deste artigo estarão sujeitos às devidas apurações éticas.

Art. 3º Cabe aos diretores técnicos e/ou diretores clínicos das Pessoas Jurídicas inscritas no Conselho Regional de Medicina o cumprimento desta resolução.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.980/2011

Fixa regras para cadastro, registro, responsabilidade técnica e cancelamento para as pessoas jurídicas, revoga a Resolução CFM nº 1.971, publicada no D.O.U. de 11 de julho de 2011 e dá outras providências.

Art. 1º Baixar a presente instrução, constante no anexo a esta resolução, aos conselhos regionais de medicina, objetivando propiciar a fiel execução da Resolução CFM nº 997, de 23 de maio de 1980, da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980, e da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 2º Esta resolução e as instruções constantes em seu anexo entram em vigor na data de publicação, ficando revogadas as disposições em contrário, especialmente a Resolução CFM nº 1.971, de 9 de junho de 2011.

ANEXO

CAPÍTULO I

CADASTRO E REGISTRO

Art. 1º A inscrição nos conselhos regionais de medicina da empresa, instituição, entidade ou estabelecimento prestador e/ou intermediador de assistência médica será efetuada por cadastro ou registro, obedecendo-se as normas emanadas dos conselhos federal e regionais de medicina.

Art. 2º Os estabelecimentos hospitalares e de saúde, mantidos pela União, estados-membros e municípios, bem como suas autarquias e fundações públicas, deverão se cadastrar nos conselhos regionais de medicina de sua respectiva jurisdição territorial, consoante a Resolução CFM nº 997/80.

Parágrafo único. As empresas e/ou instituições prestadoras de serviços exclusivos médico-hospitalares mantidas por associações de pais e amigos de excepcionais e deficientes, devidamente reconhecidas como de utilidade pública, nos termos da lei, devem cadastrar-se nos conselhos regionais de medicina da respectiva jurisdição territorial.

Art. 3º As empresas, instituições, entidades ou estabelecimentos prestadores e/ou intermediadores de assistência à saúde com personalidade jurídica de direito privado devem registrar-se nos conselhos regionais de medicina da jurisdição em que atuarem, nos termos das Leis nº 6.839/80 e nº 9.656/98.

Parágrafo único. Estão enquadrados no “caput” do art. 3º deste anexo:

- a) As empresas prestadoras de serviços médico-hospitalares de diagnóstico e/ou tratamento;
- b) As empresas, entidades e órgãos mantenedores de ambulatórios para assistência médica a seus funcionários, afiliados e familiares;
- c) As cooperativas de trabalho e serviço médico;
- d) As operadoras de planos de saúde, de medicina de grupo e de planos de autogestão e as seguradoras especializadas em seguro-saúde;
- e) As organizações sociais que atuam na prestação e/ou intermediação de serviços de assistência à saúde;
- f) Serviços de remoção, atendimento pré-hospitalar e domiciliar;
- g) Empresas de assessoria na área da saúde;
- h) Centros de pesquisa na área médica;
- i) Empresas que comercializam serviços na modalidade de administradoras de atividades médicas.

Art. 4º A obrigatoriedade de cadastro ou registro abrange, ainda, a filial, a sucursal, a subsidiária e todas as unidades das empresas, instituições, entidades

ou estabelecimentos prestadores e/ou intermediadores de assistência à saúde citadas nos artigos 2º e 3º deste anexo.

Art. 5º O cadastro ou registro da empresa, instituição, entidade ou estabelecimento deverá ser requerido pelo profissional médico responsável técnico, em requerimento próprio, dirigido ao conselho regional de medicina de sua jurisdição territorial.

Art. 6º No requerimento devem constar as seguintes informações:

- a) Relação de médicos componentes do corpo clínico, indicando a natureza do vínculo com a empresa, se associado ou quotista, se contratado sob a forma da legislação trabalhista ou sem vínculo;
- b) Número de leitos;
- c) Nome fantasia, caso haja;
- d) Nome e/ou razão social;
- e) Endereço completo;
- f) Natureza jurídica;
- g) Tipo de estabelecimento (hospital, clínica, laboratório, dentre outros);
- h) Capital social;
- i) Especialidades desenvolvidas;
- j) Nome e número de CRM do médico responsável técnico;
- k) Nome e número de CRM do médico diretor clínico eleito, caso haja;
- l) Qualificação do corpo societário;
- m) Qualificação do responsável pela escrita fiscal;
- n) Número de inscrição no CNPJ do Ministério da Fazenda;
- o) Licença de funcionamento da prefeitura municipal, de acordo com a legislação local;
- p) Alvará da vigilância sanitária.

Parágrafo primeiro. O requerimento a que se refere o “caput” do art. 6º deste anexo deverá ser instruído, no mínimo, com as seguintes documentações:

- a) Instrumento de constituição (contrato social, estatuto, ata de fundação, dentre outros);
- b) Cópia do cartão de inscrição no CNPJ do Ministério da Fazenda;
- c) Alteração do instrumento de constituição, caso haja;
- d) Comprovante de pagamento das taxas de inscrição, anuidade e certificado;
- e) Ata da eleição do diretor clínico e comissão de ética, quando for o caso;

- f) Alvará da vigilância sanitária;
- g) Licença da prefeitura municipal para funcionamento.

Parágrafo segundo. A alteração do cadastro ou registro somente será efetuada após a emissão do documento de liberação pelo setor de fiscalização do conselho regional de medicina.

Art. 7º A alteração de qualquer dado deverá ser comunicada ao conselho regional de medicina competente, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de sua ocorrência, sob pena de procedimento disciplinar envolvendo o médico responsável técnico.

Art. 8º A regularidade do cadastro ou registro da empresa, instituição, entidade ou estabelecimento é dada pelo certificado de cadastro ou registro, a ser requerido e expedido anualmente, no mês do vencimento, desde que não haja pendências no Departamento de Fiscalização.

Parágrafo primeiro. A empresa, instituição, entidade ou estabelecimento que não renovar o cadastro ou registro por período superior a 2 (dois) exercícios consecutivos estará sujeita à suspensão de cadastro ou registro a partir de deliberação de plenária do respectivo regional, sem prejuízo das anuidades em débito até sua inativação ex officio no cadastro de pessoas jurídicas.

Parágrafo segundo. Será permitido às empresas enquadradas no parágrafo anterior requererem sua reativação, devendo, neste caso, recolher por ocasião do pedido o total das anuidades e taxas de renovação de certidão devidas desde o primeiro exercício em débito até sua reativação, obedecidas as demais normas em vigor.

Parágrafo terceiro. É obrigatória a disponibilização ao público em geral do Certificado de Inscrição de Empresa expedido pelos conselhos regionais de medicina, devidamente atualizado.

CAPÍTULO II RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Art. 9º O diretor técnico responde eticamente por todas as informações prestadas perante os conselhos federal e regionais de medicina.

Art. 10. A responsabilidade técnica médica de que trata o art. 9º somente cessará quando o conselho regional de medicina tomar conhecimento do afastamento do médico responsável técnico, mediante sua própria comunicação escrita, por intermédio da empresa ou instituição onde exercia a função.

Art. 11. A empresa, instituição, entidade ou estabelecimento promoverá a substituição do diretor técnico ou clínico no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, contadas a partir do impedimento, suspensão ou demissão, comunicando este fato ao conselho regional de medicina – em idêntico prazo, mediante requerimento próprio assinado pelo profissional médico substituto, sob pena de suspensão da inscrição – e, ainda, à vigilância sanitária e demais órgãos públicos e privados envolvidos na assistência pertinente.

Art. 12. Ao médico responsável técnico integrante do corpo societário da empresa, instituição, entidade ou estabelecimento somente é permitido requerer baixa da responsabilidade técnica por requerimento próprio, informando o nome e número de CRM de seu substituto naquela função.

CAPÍTULO III CANCELAMENTO

Art. 13. O cancelamento de cadastro ou registro ocorrerá nas seguintes hipóteses:

I - Pelo encerramento da atividade e requerido pelo interessado, fazendo-se instruir com:

- a) Requerimento, assinado pelo responsável técnico, proprietário ou representante legal, solicitando o cancelamento do registro;
- b) Pagamento da taxa de cancelamento, em caso de registro;
- c) Distrato social ou documento semelhante (baixas no CNPJ do Ministério da Fazenda ou no cadastro da prefeitura municipal);
- d) Caso os itens acima estejam corretos, o cancelamento será efetuado no âmbito do conselho regional de medicina, após homologação da plenária;
- e) Em casos especiais, desde que a fundamentação seja homologada pelo plenário do conselho regional de medicina, a baixa poderá ser sumariamente efetivada ou concedida com a supressão da letra "c" deste inciso.

II - Como penalidade, após decisão definitiva.

Art. 14. O pedido de cancelamento do registro ou o processo de cancelamento punitivo do registro serão decididos pelo conselho regional de medicina, cabendo, no segundo caso, recurso ao Conselho Federal de Medicina, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de intimação dos responsáveis técnicos.

Art. 15. O cancelamento punitivo não elide as penalidades sobre o responsável técnico ou clínico ou demais médicos da empresa, instituição, entidade ou estabelecimento.

Art. 16. Caso a empresa, instituição, entidade ou estabelecimento não estiver quite com a anuidade quando do pedido de cancelamento de registro, pagará a última anuidade na proporção de 1/12 (um doze avos) por mês de atividade, entendendo-se como final da atividade a data constante do protocolo no requerimento de cancelamento ou a data do documento de baixa expedido por outro órgão oficial.

Art. 17. O cancelamento de cadastro ou registro da pessoa jurídica no conselho regional de medicina encerra definitivamente as atividades médicas da empresa.

CAPÍTULO IV DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 18. A Comissão de Ética Médica e as demais comissões, bem como o Regimento Interno do corpo clínico, obedecerão às normas estabelecidas pelos conselhos federal e regionais de medicina.

Art. 19. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Federal de Medicina.

4.2 CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE – CNES

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi criado pela Portaria

do Ministério da saúde nº 403/2000. É uma obrigatoriedade instituída a todos os estabelecimentos que se dizem prestadores de serviços de saúde no Brasil. Segundo o Ministério da Saúde, estabelecimento de saúde é a denominação dada a qualquer local destinado à realização de ações e/ou serviços de saúde, coletiva ou individual, qualquer que seja o seu porte ou nível de complexidade. (cnes.datasus.gov.br)

O cadastramento é uma prestação de informações completas e precisas - relacionadas aos aspectos de recursos humanos, área física, equipamentos e serviços ambulatoriais e hospitalares. O CNES é base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente. Propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população.

Para mais informações sobre o CNES acesse o site: <http://cnes.datasus.gov.br/>

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 134, DE 4 DE ABRIL DE 2011

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando que o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) é instrumento essencial de gerenciamento e gestão utilizado para o direcionamento das ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a necessidade de assegurar a fidedignidade das informações registradas, bem como de estabelecer critérios de operacionalização destas informações no SCNES;

Considerando a Portaria SAS/MS no- 511, de 29 de dezembro de 2000, que estabelece a responsabilidade dos gestores estaduais e municipais no cadastramento e na constante atualização do cadastro dos estabelecimentos de saúde; e

Considerando a Portaria no- 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, resolve:

Art. 1º Constitui responsabilidade dos gestores municipais, estaduais e do Distrito Federal/DF, bem como dos gerentes de todos os estabelecimentos de saúde na correta inserção, manutenção e atualização sistemática dos cadastros no SCNES dos profissionais de saúde em exercício nos seus respectivos serviços de saúde, públicos e privados.

Art. 2º Fica proibido o cadastramento no SCNES de profissionais de saúde em mais de 2 (dois) cargos ou empregos públicos, conforme disposto no Art. 37, inciso XVI, alínea 'c', da Constituição Federal de 1998.

§ 1º O descumprimento do previsto no caput deste artigo terá como consequência a inconsistência do registro deste profissional em cadastros anteriores no exercício de cargos ou empregos públicos, mantendo-o apenas nos 2 (dois) cadastros mais recentes.

§ 2º No caso de cadastramento de profissional que exerça 2 (dois) cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, deve ficar comprovada a compatibilidade de horários, conforme disposto no Art. 37, inciso XVI, alínea 'c', da Constituição Federal de 1998.

Art. 3º O cadastramento de um profissional de saúde que exerça suas atividades como profissional liberal ou trabalhador autônomo em mais de 05 (cinco) estabelecimentos de saúde não públicos, somente será autorizado mediante justificativa do gerente do estabelecimento, validada pelo gestor municipal, estadual ou do DF, em campos específicos do SCNES.

Parágrafo único. A justificativa deverá ser feita pelos respectivos gerentes dos estabelecimentos subsequentes que passarem a gerar a situação citada no caput deste Artigo.

Art. 4º Poderá ser autorizado o fracionamento da carga horária semanal de um mesmo cargo ou emprego público de profissional

de saúde em mais de um estabelecimento público de saúde do órgão ou entidade ao qual este profissional esteja vinculado, mediante justificativa do gerente do

estabelecimento de saúde, validada pelo gestor municipal, estadual ou do DF, em campos específicos do SCNES e desde que sejam respeitadas as regras de ingresso do profissional de saúde no cargo ou emprego público.

Parágrafo único. A soma do fracionamento da carga horária referida no caput não poderá ultrapassar a carga horária total deste cargo ou emprego público.

Art. 5º Para o profissional pertencente à equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), além do cumprimento do disposto no Art. 2º desta Portaria, ficam estabelecidas as seguintes regras:

I - Fica vedado seu cadastramento em mais de 01 (uma) equipe da ESF;

II - Para o cadastramento deste profissional em mais de 03(três) estabelecimentos de saúde, independentemente da sua natureza, deverá haver justificativa e autorização prévia do gestor municipal, estadual ou do DF em campos específicos do SCNES.

Art. 6º Será suspenso o repasse dos recursos pelo Ministério da Saúde referentes ao custeio da equipe da ESF à qual pertença profissional que não atender ao disposto nos Art. 2º- e 5º- desta Portaria, de forma isolada ou cumulativamente, a partir da competência maio de 2011.

Art. 7º Será utilizada a base de dados do Conselho Federal de Medicina, disponível no endereço eletrônico: www.cfm.org.br, para a avaliação da compatibilidade entre o nome do profissional médico informado e o número de seu registro no Conselho.

Art. 8º O Art. 2º da Portaria SAS/MS nº 51, de 26 de fevereiro de 2004, passará a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 2º Determinar que o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS disponibilize nova versão do CNES na primeira semana de março/2004, com as seguintes exigências ou funcionalidades:

-Exigir CPF para todos os profissionais, com crítica de validação;

-Exigir os CBO correspondentes aos serviços/classificação nas inclusões cadastrais;

- Consistir a base já existente, não permitindo que permaneçam cadastrados Serviços/classificação cujos CBO não estejam devidamente cadastrados.” (NR)

Art. 9º O Art. 5º da Portaria SAS/MS nº 51, de 26 de fevereiro de 2004, passará

a ter a seguinte redação:

“Art. 5º Determinar que os gestores observem as orientações constantes do Manual do CNES e dos diversos informes divulgados pelo Ministério da Saúde e também repassados durante os treinamentos, cujo conteúdo principal contempla:

- A carga horária semanal/CHS deve ser a efetivamente disponível para o estabelecimento no CBO correspondente, ambulatorial ou outros, independente do que consta do contrato de trabalho;
- Só devem ser cadastrados com CBO de especialidade os médicos que atendem exclusivamente a determinado grupo de pacientes com patologias e agravos definidos para a especialidade médica, cuja comprovação da habilitação do profissional, é de responsabilidade do estabelecimento.
- Quando o gerente do estabelecimento de saúde optar pela cessão de crédito e o gestor local admitir esta forma de repasse, o profissional médico deverá ser cadastrado como autônomo.” (NR)

Art. 10. Caberá à Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS) e Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), adotar as providências necessárias junto ao DATASUS, para o cumprimento do disposto nesta Portaria.

5.

Temas Relacionados



" (...) Conservarei imaculada minha vida e minha arte.(...)"

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 213, DE 09 DE JANEIRO DE 2006

Dispõe sobre a obrigatoriedade de identificação do profissional médico em todas unidades de saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Art. 1º Ficam os profissionais médicos, de todas as unidades assistenciais de saúde, públicas e privadas, obrigados a portar crachá de identificação, visível e legível, que contenha o nome completo, a função e o cargo do profissional, assim como o nome da instituição.

Parágrafo único. O crachá de identificação deve permitir leitura fácil para os usuários, em dimensão que garanta boa visão.

Art. 2º No crachá de identificação a denominação do cargo do profissional médico deverá ser MÉDICO e não DOUTOR.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 35, DE 27 DE FEVEREIRO 1991

Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes com AIDS e soropositivos.

[...] **Art. 4º** É responsabilidade do médico, da instituição e de seu Diretor Técnico garantir a preservação dos direitos das pessoas portadoras do vírus HIV.

[...] **Art. 7º** É da responsabilidade da instituição pública/privada e de seu Diretor Técnico garantir e promover a internação e tratamento de portadores de AIDS quando houver indicação clínica para tal.

Art. 8º É da responsabilidade do Diretor Técnico ou Diretor Médico das instituições intermediadoras dos serviços de saúde de qualquer natureza,

inclusive seguradoras, a autorização de internação, a manutenção do custeio do tratamento e a autorização para exames complementares dos pacientes associados ou segurados portadores de AIDS.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.665, DE 7 DE MAIO DE 2003

Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes portadores do vírus da SIDA (AIDS) e soropositivos.

Art. 1º O atendimento profissional a pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana é um imperativo moral da profissão médica, e nenhum médico pode recusá-lo.

Parágrafo 1º - Tal imperativo é extensivo às instituições assistenciais de qualquer natureza, pública ou privada. [...]

Parágrafo 4º É responsabilidade do diretor técnico da instituição a efetiva garantia das condições de atendimento.

Art. 2º É da responsabilidade da instituição pública/privada e de seu diretor técnico garantir e promover a internação e tratamento dos portadores do vírus da SIDA (AIDS), quando houver indicação clínica para tal.

Parágrafo único. O diagnóstico do vírus da SIDA (AIDS), por si só, não justifica o isolamento ou confinamento do paciente.

Art. 3º É responsabilidade do diretor técnico das instituições intermediadoras dos serviços de saúde de qualquer natureza, inclusive seguradoras, a autorização de internação, a manutenção do custeio do tratamento e a autorização para exames complementares dos pacientes associados ou segurados portadores do vírus da SIDA (AIDS).

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

A preocupação dos Conselhos de Medicina com a prevenção e controle do vírus da SIDA (AIDS) no país tem levado diversos Regionais, e este próprio Conselho

Federal, a elaborarem pareceres e relatórios para orientar os médicos sobre o assunto, todos visando a mesma finalidade, apesar de haver diferenças de abordagem sobre o assunto.

Com vistas a uniformizar, tanto quanto possível, as normas sobre a matéria, o Conselho Federal de Medicina achou por bem avaliá-las e padronizá-las, no que couber, visando a sua condensação em mandamento único, razão da presente resolução.

LEI FEDERAL Nº 12.984, DE 2 DE JUNHO DE 2014.

Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de AIDS.

Art. 1º Constitui crime punível com reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa, as seguintes condutas discriminatórias contra o portador do HIV e o doente de aids, em razão da sua condição de portador ou de doente:

I - recusar, procrastinar, cancelar ou segregar a inscrição ou impedir que permaneça como aluno em creche ou estabelecimento de ensino de qualquer curso ou grau, público ou privado;

II - negar emprego ou trabalho;

III - exonerar ou demitir de seu cargo ou emprego;

IV - segregar no ambiente de trabalho ou escolar;

V - divulgar a condição do portador do HIV ou de doente de aids, com intuito de ofender-lhe a dignidade;

VI - recusar ou retardar atendimento de saúde.

5.3

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Estabelece critérios mínimos que as Unidades de Saúde devem obedecer para a prestação de Serviços de Assistência Pré-Natal.

Art. 1º Estabelecer que as Unidades de Saúde prestadoras de Serviços de Assistência Pré-Natal devem:

I - Manter uma equipe mínima de recursos humanos respeitando o grau de

complexidade da Unidade.

II - Propiciar treinamento da Equipe de Saúde, no que se refere à assistência pré-natal, através de cursos de reciclagem e especialização.

III - Dispor de área física adequada, com equipamento e instrumental mínimo, conforme consta do Manual de Assistência Pré-Natal do Ministério da Saúde, respeitando cada nível de complexidade da Unidade.

IV - Dispor de exames laboratoriais de rotina conforme o grau de complexidade da unidade.

V - Assegurar ou manter referência para os exames complementares que se fizerem necessários, conforme a indicação clínica.

VI - Assegurar ou referenciar, de acordo com as normas vigentes, a realização do exame sorológico para HIV e sífilis.

VII - Assegurar ou referenciar atendimento odontológico, de saúde mental, radiológico e ultrassonográfico/obstétrico.

VIII - Manter atendimento de prevenção de câncer ginecológico.

IX - Promover a vacinação anti-tetânica das gestantes.

X - Promover o incentivo ao aleitamento materno.

XI - Manter registro e estatística dos atendimentos ao pré-natal utilizando-se da ficha pré-natal, do cartão da gestante e mapa de registro diário.

XII - Manter sistema de referência e contra-referência entre os diversos níveis de complexidade.

XIII - Manter um sistema de referência a leitos obstétricos.

XIV - Manter normas de controle pós-parto e sistema de referência para planejamento familiar.

XV - Assegurar rotinas de protocolo de acordo com a unidade.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 160, DE 25 DE OUTUBRO DE 2000

Dispõe sobre a responsabilidade do diretor técnico em relação aos integrantes da equipe multidisciplinar, na Assistência Materno-Infantil.

Art. 1º O diretor técnico da unidade de saúde prestadora de assistência e

cuidados materno-infantis, é obrigado a assegurar aos integrantes da equipe médica a garantia das respectivas prerrogativas profissionais.

Art. 2º Deve o diretor técnico velar para que o integrante da equipe multidisciplinar não possa praticar atos para os quais não esteja habilitado, objetivando salvaguardar a saúde materna e perinatal.

Art. 3º O diretor técnico deve designar os médicos que terão a responsabilidade de coordenar a assistência ao ciclo grávido-puerperal na unidade.

Art. 4º Quando o parto for sem distócia, sua realização, também, poderá ser feita por enfermeiro, nos termos da Lei n. 7.498/96, não cabendo ao médico, neste caso, a elaboração do respectivo relatório.

Art. 5º Transformando-se o parto eutócico em distócico cabe ao médico executar pessoalmente todos os procedimentos necessários e a elaboração do relatório.

Art. 6º Em toda unidade em que a assistência ao ciclo grávido-puerperal for, também, realizada por enfermeiro, deve o diretor técnico dar amplo conhecimento do fato às pacientes e aos seus familiares, através de placas, cartazes ou outros recursos de comunicação visual.

Art. 7º Em todo cartão da gestante e sumário de alta deverá ser identificado o profissional responsável pelo procedimento, no pré-natal e na assistência ao parto.

Art. 8º O descumprimento do disposto nesta Resolução sujeitará o diretor técnico a responder a processo ético-profissional por violação ao art. 142 do Código de Ética Médica.

RECOMENDAÇÃO CFM 1/2012 EMENTA:

Recomenda-se que a realização do parto ocorra em ambiente hospitalar de forma preferencial por ser mais segura.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, alterado pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e

CONSIDERANDO que a autonomia do médico e da mulher deve ser respeitada no âmbito da relação médico-paciente;

CONSIDERANDO que a legitimidade da autonomia materna não pode desconsiderar a viabilidade e a vitalidade do seu filho (feto ou recém-nascido), bem como sua própria integridade física e psíquica;

CONSIDERANDO que o trabalho de parto é um ato biológico, no qual um ser humano de flexibilidades desiguais percorre trajeto curvo e acotovelado fazendo movimentos (rotações, flexões e deflexões) necessários ao seu trânsito pela pelve;

CONSIDERANDO que o trabalho de parto constitui processo natural e independente, o que sugere a desnecessidade de intervenções, salvo em condições especiais;

CONSIDERANDO que no trajeto até o nascimento os movimentos necessários (rotações, flexões e deflexões) podem não ocorrer, em momento oportuno, o que é clinicamente conhecido como distócia;

CONSIDERANDO que a distócia precisa de correção clínica ou cirúrgica, o que é ato médico exclusivo, conforme previsto no Decreto Número 20.931, de 11 de janeiro de 1932, que regula e fiscaliza o exercício das profissões de parteira e enfermeira, entre outras, no Brasil;

CONSIDERANDO que a ocorrência da distócia pode levar a outro fenômeno conhecido como sofrimento fetal, que se constitui de riscos inicialmente respiratórios podendo evoluir para complicações metabólicas, levando a transtornos neurológicos e até a morte do feto ou do recém-nascido;

CONSIDERANDO que a mortalidade e morbidade materna e perinatal decorrem de uma série de fatores (combinados ou não), tais como: doença hipertensiva específica da gestação (DHES), toxemia (pressão alta na gravidez), hemorragia por doenças obstétricas não diagnosticadas no pré-natal (como gravidez tubária e placenta prévia) ou não evitada na maternidade (descolamento prematuro de placenta e laceração no canal do parto); e por infecção, como a causada por procedimentos realizados sob condições sépticas;

CONSIDERANDO que estudos científicos comprovam que partos realizados em ambiente hospitalar tem menor risco de gerar complicações, o que representa menores taxas de mortalidade e de morbidade para mães, fetos e recém-nascidos;

CONSIDERANDO que por meio da evolução do conhecimento, da tecnologia e da atitude assistencial, o ambiente hospitalar se tornou mais seguro, propiciando ao médico as condições ideais para corrigir os casos de distócia que, porventura, ocorram.

RECOMENDA-SE:

Levando em consideração todos os pontos acima destacados, a realização do parto ocorra em ambiente hospitalar de forma preferencial por ser mais segura.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RECOMENDAÇÃO 001/2012

As mortes maternas e perinatais podem ser evitadas com adoção de medidas no âmbito da prevenção e da atenção. Infelizmente, ambas essas situações não configuram fenômenos raros. O tema, que exige esclarecimentos objetivos, pontuais e urgentes para a classe médica e para a sociedade de forma geral provocou o Conselho Federal de Medicina (CFM) a analisar diferentes estudos e contribuições em busca de um norte capaz de propiciar a médicos e pacientes uma zona de conforto e segurança. A síntese dos subsídios encontrados está relatada a seguir:

Mortalidade materna

Morrem no mundo cerca de meio milhão de mulheres em consequência da gravidez, parto ou puerpério (período que se segue ao parto, pelo geral de 42 dias), ou seja, aproximadamente uma mulher a cada minuto. A imensa maioria dessas mulheres (95%) vive em países pobres. Na América Latina são estimados em torno de 28 mil óbitos maternos por ano, sendo que parcela significativa resulta de situações evitáveis se as condições de assistência pré-natal e do parto fossem mais adequadas. No Brasil, os números também são elevados.

A razão de morte materna no país fica em torno de 55 casos para cada grupo de

100 mil. Trata-se de um indicador considerado alto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual recomenda como valor aceitável 20/100.000, bem acima dos dados apresentados por países desenvolvidos como a Dinamarca (1/100.000), Canadá (4/100.000), Estados Unidos (8/100.000) e maior que em outros países da América Latina - Cuba e Uruguai (26/100.000).

As principais causas dos óbitos maternos são as seguintes: a) toxemia (pressão alta na gravidez), que não foi precocemente diagnosticada no pré-natal (suspeição feita simplesmente pela aferição da pressão arterial) ou tratada adequadamente na maternidade (com administração de remédios para baixar a pressão e evitar a convulsão – eclampsia); b) hemorragia decorrente de doenças obstétricas não diagnosticadas no pré-natal (como a gravidez tubária e a placenta prévia) ou não evitadas na maternidade (descolamento prematuro de placenta e laceração no canal do parto) associado à falta de bancos de sangue nos hospitais; e c) por infecção, em consequência, por exemplo, de abortamentos provocados sob condições sépticas.

Em síntese, cerca de 90% desses óbitos maternos poderiam ser evitados, por uma atenção em saúde adequada à mulher desde o pré-natal até a realização do parto, sempre acompanhadas por médicos e em ambientes propícios à oferta de cuidados obstétricos e neonatais a fim de assegurar uma assistência segura ao parto, embasada nos melhores níveis de evidência e controle de intervenção.

Mortalidade perinatal

Nos últimos anos, a mortalidade infantil vem sendo reduzida no Brasil. No entanto, os níveis de morbimortalidade perinatal – aqueles que ocorrem durante a gravidez, no parto ou com o bebê de até sete dias – estão assumindo proporções surpreendentes. Dados da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) relatam que em 1980 os óbitos nesta fase representavam 28,75% do total. Em 1997, esta porcentagem subiu para 52,82%. Ao contrário do que acontece nos países desenvolvidos – onde as crianças morrem principalmente por malformação congênita, aqui o problema ainda é fruto das más condições de gestação e das precárias circunstâncias do parto e do nascimento.

A mortalidade no nascimento e nos primeiros dias de vida expressa complexa

conjunção de fatores biológicos, socioeconômicos e assistenciais, esses últimos relacionados à atenção à gestante e ao recém-nascido. Em muitos países, os sistemas de informação de mortalidade são precários, o que impossibilita a obtenção de indicadores confiáveis. No entanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima cerca de 5,9 milhões de mortes perinatais no mundo.

O continente africano e o asiático apresentaram os piores indicadores, taxas de 66/1000 e 47/1000, respectivamente. A taxa média da América Latina e Caribe foi de 19/1000, enquanto, na América do Norte, foi de apenas 7/1000. Nos países europeus, a taxa média foi de 8/1000. Diferentes estudos apontam que dentre os óbitos fetais precoces (24 a 27 semanas), as causas mais comuns são as infecções (19%), as mortes abruptas (14%) e as anomalias congênitas (14%). A partir de 28 semanas de idade gestacional há grande incidência (25% a 60% do total) de mortes inexplicadas por uma causa direta e mais de uma condição pode contribuir para o óbito. Outras causas de morte incluem isoimunização, doenças maternas crônicas, doenças gestacionais, como a diabetes e a pré-eclâmpsia, e acidentes com o cordão umbilical. A maioria das mortes fetais ocorre entre os prematuros, ou seja, os nascidos com menos de 37 semanas de idade gestacional. Entretanto, a pós maturidade (42 semanas e mais) também aumenta o risco de natimortalidade.

As diferenças econômicas, culturais e assistenciais entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento também influenciam os indicadores de mortalidade perinatal. Óbitos ocorridos antes do trabalho de parto (anteparto) - relacionadas com complicações da gravidez – têm maior impacto nos países desenvolvidos. Já as mortes durante o trabalho de parto (intraparto) possuem maior relação com a inadequada assistência ao nascimento e são mais frequentes nos países em desenvolvimento. Nestas áreas, menos de 40% dos partos são realizados em unidades de saúde na presença de pessoal qualificado para atendimento ao nascimento.

Estima-se que 27% das mortes perinatais no mundo sejam intraparto, sendo mais frequentes nos locais com recursos limitados para atendimento às emergências obstétricas. Um elevado percentual (25 a 62%) dessas mortes poderia ser evitado. Os óbitos deste tipo, nos países em desenvolvimento, estão vinculados aos seguintes fatores de risco: deficiências nutricionais, infecções,

natimorto prévio, trabalho de parto prolongado, tocotraumatismos e dificuldade de acesso, especialmente aos partos cirúrgicos para atendimento às urgências obstétricas. As doenças hipertensivas, infecções e anomalias congênicas também configuram riscos comuns. Parcela significativa dessas causas é evitável com ações de melhoria de aos serviços de saúde.

Partos domiciliares x partos hospitalares

O falso antagonismo entre o parto domiciliar e o parto hospitalar ofusca uma preocupação real: a preservação da vida e do bem estar da gestante e do recém nascido. A análise criteriosa do tema – com base em indicadores epidemiológicos, estudos científicos e a opinião de especialistas – tem como intenção oferecer subsídios adequados para a tomada de decisão do médico e de sua paciente. É importante estar consciente sobre o equilíbrio entre riscos e benefícios envolvidos nos procedimentos médicos, de forma geral, para que as opções estejam legitimamente ancorados em princípios bioéticos.

Estudo publicado no American Journal of Obstetrics and Gynecology (Wax JR, Pinette MG, Cartin A; Blackstone J.) encontrou uma taxa de morte neonatal de 0,2% (32 mortes em 16.500 nascimentos) em partos domiciliares planejados comparada a 0,09% (32 em 33.302 nascimentos) em partos hospitalares. As conclusões do trabalho foram baseadas em uma revisão sistemática da literatura médica sobre desfechos maternos e dos recém-nascidos que incluiu todas as publicações revisadas por pares de língua inglesa de países desenvolvidos que relatam tais dados por local de parto planejado.

De 237 estudos encontrados, apenas 12 satisfizeram todos os critérios de inclusão na metanálise. Os estudos incluídos foram conduzidos na Austrália, no Canadá, na Holanda, na Suécia, na Suíça, no Reino Unido e nos Estados Unidos. O grupo de pesquisa sugeriu que a menor intervenção obstétrica em partos domiciliares pode explicar a mortalidade neonatal aumentada. Outro trabalho, publicado no jornal científico *Obstetrical & Gynecological Survey* (Wax JR, Pinette MG, Cartin A), em 2010, sugere que os aparentes benefícios de um parto planejado em casa – incluindo os de caráter psicossocial e de menos intervenções médicas – são potencialmente contrabalançados por um aumento das taxas de mortalidade

perinatal e neonatal. Segundo o estudo, evidências sugerem que evitar o uso da tecnologia médica (como o monitoramento eletrônico da frequência cardíaca fetal, por exemplo), pode representar um importante fator de risco para óbitos perinatais e neonatais evitáveis.

O Birthplace in England Collaborative Group, estudo publicado no British Medical Journal em 2011, aponta que, para mulheres nulíparas [que nunca pariram] há evidências de que o nascimento planejado em casa está associado a um maior risco de um resultado perinatal adverso. Ressalte-se ainda que nos Estados Unidos, em 2011, a Comissão de Prática Obstétrica do American College of Obstetricians and Gynecologists se manifestou sobre o tema.

A entidade afirmou que os hospitais são os cenários mais seguros para o nascimento. Contudo, apesar de expressar respeito ao direito da mulher, reforçou que essas pacientes devem ser informadas dos riscos e benefícios envolvidos com base em evidências recentes. Especificamente, deverá ser informado que, embora o risco absoluto possa ser baixo, o nascimento planejado em casa está associado a um risco de duas a três vezes maior de morte neonatal quando comparado ao nascimento hospitalar.

As mulheres devem ainda ser informadas sobre a seleção adequada de candidatas para dar à luz em casa, sobre a disponibilidade de um profissional habilitado e certificado dentro de um sistema integrado de saúde e regulamentado, da possibilidade de pronto acesso à consulta e garantia de transporte seguro e oportuno para hospitais próximos. Esses cuidados – segundo o American College of Obstetricians and Gynecologists – são fundamentais para a redução das taxas de mortalidade perinatal e obtenção de resultados favoráveis de nascimento em casa.

No Brasil, pesquisa realizada por Almeida MF e companhia – desta vez focada nos partos domiciliares acidentais – aponta um aumento da mortalidade fetal quatro vezes maior nestas situações. O trabalho, publicado na Revista de Saúde Pública, em 2005, sugere que em procedimentos deste tipo o risco de mortalidade neonatal também aumentou (quase o dobro). Estes resultados são semelhantes aos encontrados em estudos referentes a países desenvolvidos para o mesmo tipo de situação. Alguns fatores de risco associados no parto domiciliar acidental para os óbitos fetais: não realização de pré-natal e percepção da mãe de estado de saúde menos favorável anterior à gravidez.

Tal como ocorre com a mortalidade materna, a mortalidade perinatal é um desfecho negativo da gravidez, para o qual os serviços de saúde têm importante papel na sua evitabilidade. Este estudo aponta que, em situações envolvendo o óbito materno – que também podem extrapolar para o óbito do feto ou do recém-nascido – as complicações decorrem, muitas vezes de: a) atraso das mulheres na decisão de procurar os serviços de saúde; b) atraso na chegada aos serviços de saúde; e c) atraso na prestação de assistência adequada.

Conclusões: o desafio para o Brasil

São muitos os desafios do Brasil no que toca a saúde da gestante e de seu concepto. A sociedade e a classe médica contam com a adoção de medidas que contribuam para o aumento da captação precoce do pré-natal; a melhora da qualidade da assistência pré-natal prestada nas unidades; a garantia de agilidade nos resultados dos exames; a garantia do cuidado na hora do parto de forma racional e humanizada, melhorando a qualidade das maternidades, permitindo acompanhante de escolha da grávida, oferecendo ambiente acolhedor para acompanhá-la em todo o momento do parto – na sala de pré-parto, no parto e no puerpério; a presença mínima de dois médicos obstetras, um neonatologista e um anestesista, com remuneração justa e relação de trabalho decente, oferecendo assistência ao parto que ajuda a gestante a ser protagonista na parturição.

5.4

ASSISTÊNCIA PERINATAL

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 123, DE 25 DE MARÇO DE 1998

Estabelece critérios mínimos que as Unidades de Saúde devem obedecer para a prestação de Serviços de Assistência Perinatal.

Art. 1º Estabelecer que as Unidades de Saúde prestadoras de Assistência Perinatal devem:

- I - Manter uma equipe mínima de recursos humanos, de rotina e de plantão, respeitando seu grau de complexidade.
- II - Promover treinamento à equipe de saúde, no que se refere à assistência perinatal, através de cursos de reciclagem e especialização.

- III - Assegurar proteção ao profissional segundo as Normas da Divisão Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis - SIDA/AIDS.
- IV - Dispor da área física adequada, com equipamento e instrumental mínimo, conforme Normas do Ministério da Saúde, respeitando seu nível de complexidade.
- V - Dispor de exames laboratoriais conforme o seu grau de complexidade.
- VI - Assegurar ou manter referência para os exames complementares que se fizerem necessários, conforme indicação clínica.
- VII - Assegurar ou referenciar, de acordo com as normas vigentes, a realização do exame sorológico para HIV e sífilis;
- VIII - Assegurar ou manter referência para serviço de prevenção de câncer ginecológico e de mama.
- IX - Estar capacitadas ou assegurar a realização de exame de triagem de Hipotireoidismo e Fenilcetonúria.
- X - Estar capacitadas para a realização da exangüíneo transfusão, quando classificadas nos níveis II e III.
- XI - Dispor de medicamentos de rotina conforme o grau de complexidade.
- XII - Promover o incentivo ao aleitamento materno.
- XIII - Manter bancos de leite humano nos níveis II e III, com coleta, tratamento, armazenamento e distribuição, de acordo com Normas do Ministério da Saúde.
- XIV - Garantir os insumos hemoterápicos necessários, com armazenamento adequado, de acordo com Normas do Ministério da Saúde.
- XV - Manter um sistema de referência e contra-referência a leitos obstétricos e neonatais.
- XVI - Manter alojamento conjunto.
- XVII - Assegurar transporte adequado para pacientes de risco.
- XVIII - Assegurar atendimento odontológico, de saúde mental, radiológico e ultrassonográfico/obstétrico.
- XIX - Manter referência para Serviço de Anatomia Patológica.
- XX - Manter o registro e estatística dos atendimentos perinatais utilizando-se o Cartão da Gestante, a História Clínica Perinatal (HCP) e a Declaração de Nascido Vivo (DNV).
- XXI - Manter normas de controle pós-parto e assegurar ou referenciar planejamento familiar e manter "follow up" ou referência para puericultura.
- XXII - Adequar condições ao atendimento a pacientes portadores de deficiência física.

Art. 2º Aprovar as Normas anexas a esta Resolução.

Art. 3º Esta Resolução revoga a Resolução CREMERJ n. 46/93, as disposições em contrário e entra em vigor na data de sua publicação.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 160, DE 25 DE OUTUBRO DE 2000

Dispõe sobre a responsabilidade do diretor técnico em relação aos integrantes da equipe multidisciplinar, na Assistência Materno-Infantil.

Art. 1º O diretor técnico da unidade de saúde prestadora de assistência e cuidados materno-infantis, é obrigado a assegurar aos integrantes da equipe médica a garantia das respectivas prerrogativas profissionais.

Art. 2º Deve o diretor técnico velar para que o integrante da equipe multidisciplinar não possa praticar atos para os quais não esteja habilitado, objetivando salvaguardar a saúde materna e perinatal.

Art. 3º O diretor técnico deve designar os médicos que terão a responsabilidade de coordenar a assistência ao ciclo grávido-puerperal na unidade.

Art. 4º Quando o parto for sem distócia, sua realização, também, poderá ser feita por enfermeiro, nos termos da Lei n. 7.498/96, não cabendo ao médico, neste caso, a elaboração do respectivo relatório.

Art. 5º Transformando-se o parto eutócico em distócico cabe ao médico executar pessoalmente todos os procedimentos necessários e a elaboração do relatório.

Art. 6º Em toda unidade em que a assistência ao ciclo grávido-puerperal for, também, realizada por enfermeiro, deve o diretor técnico dar amplo conhecimento do fato às pacientes e aos seus familiares, através de placas, cartazes ou outros recursos de comunicação visual.

Art. 7º Em todo cartão da gestante e sumário de alta deverá ser identificado o profissional responsável pelo procedimento, no pré-natal e na assistência ao parto.

Art. 8º O descumprimento do disposto nesta Resolução sujeitará o diretor técnico a responder a processo ético-profissional por violação ao art. 142 do Código de Ética Médica.

O Atestado de Óbito ou Declaração de Óbito (D. O.) é um documento público, através do qual o médico profere uma declaração, escrita e assinada, sobre a causa mortis de alguém.

O preenchimento e execução da declaração de óbito são ato médico, cuja responsabilidade preferencial é do médico que tenha pleno ou provável conhecimento das causas que produziram a morte. O seu preenchimento correto é uma obrigação inalienável de seu subscritor, posto que pode criar, alterar ou extinguir direitos de outras pessoas.

É dever legal do médico anotar no atestado a causa básica da morte e depois as suas consequências. Não há, nesse caso, violação do segredo profissional, vez que a referência da causa da morte no atestado enquadra-se como dever legal do médico e, portanto, dentro das hipóteses de exceção previstas nos arts. 154 do Código Penal e 72 do Código de Ética Médica.

O médico não pode atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal, bem como deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta. (Arts. 77, 83, 84 e 85 do Código de Ética Médica).

RESOLUÇÃO CFM nº 1.641/2002

Veda a emissão, pelo médico, de declaração de óbito nos casos em que houve atuação de profissional não médico e dá outras providências.

Art. 1º É vedado aos médicos conceder declaração de óbito em que o evento que levou à morte possa ter sido alguma medida com intenção diagnóstica ou terapêutica indicada por agente não-médico ou realizada por quem não esteja habilitado para fazê-lo, devendo, neste caso, tal fato ser comunicado à

autoridade policial competente a fim de que o corpo possa ser encaminhado ao Instituto Médico Legal para verificação da causa mortis.

continua...

Art. 2º Sem prejuízo do dever de assistência, a comunicação à autoridade policial, visando o encaminhamento do paciente ao Instituto Médico Legal para exame de corpo de delito, também é devida, mesmo na ausência de óbito, nos casos de lesão ou dano à saúde induzida ou causada por alguém não-médico.

Art. 3º Os médicos, na função de perito, ainda que ad hoc, ao atuarem nos casos previstos nesta resolução, devem fazer constar de seus laudos ou pareceres o tipo de atendimento realizado pelo não-médico, apontando sua possível relação de causa e efeito, se houver, com o dano, lesão ou mecanismo de óbito.

Art. 4º Nos casos mencionados nos artigos 1º e 2º deve ser feita imediata comunicação ao Conselho Regional de Medicina local.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.779/2005

Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de óbito. Revoga a resolução nº 1.601/2000

Art. 14. O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.[...]

É vedado ao médico:

Art. 39. Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.[...]

Art. 44. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação vigente.[...]

Art. 110. Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique,

ou que não corresponda a verdade.[...]

Art. 112. Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.[...]

Art. 114. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 115. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta”;

CONSIDERANDO que Declaração de Óbito é parte integrante da assistência médica;

CONSIDERANDO a Declaração de Óbito como fonte imprescindível de dados epidemiológicos;

CONSIDERANDO que a morte natural tem como causa a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que diretamente causaram o óbito;

CONSIDERANDO que a morte não-natural é aquela que sobrevém em decorrência de causas externas violentas;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária realizada em 11 de novembro de 2005,

RESOLVE:

Art. 1º O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte.

Art. 2º Os médicos, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, obedecerão as seguintes normas:

1) Morte natural:

I. Morte sem assistência médica:

a) Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos (SVO):

A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do SVO;

b) Nas localidades sem SVO :

A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento; na sua ausência, por qualquer médico da localidade.

II. Morte com assistência médica:

a) A Declaração de Óbito deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente.

b) A Declaração de Óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua falta por médico substituto pertencente à instituição.

c) A declaração de óbito do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência, ou pelo SVO;

d) A Declaração de Óbito do paciente em tratamento sob regime domiciliar (Programa Saúde da Família, internação domiciliar e outros) deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, ou pelo SVO, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento do paciente.

2) Morte fetal:

Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a Declaração de Óbito quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm.

3) Mortes violentas ou não naturais:

A Declaração de Óbito deverá, obrigatoriamente, ser fornecida pelos serviços médico-legais.

Parágrafo único. Nas localidades onde existir apenas 1 (um) médico, este é o responsável pelo fornecimento da Declaração de Óbito.

PORTARIA MS/GM Nº 1968, DE 25 DE OUTUBRO DE 2001

Dispõe sobre a comunicação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde.

O Ministro de Estado da Saúde, com apoio Art. 87, inciso II, da Constituição Federal, Considerando o disposto no Capítulo I do Título II da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990; Considerando os termos da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, publicada pela Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001, no Diário Oficial da União de 18 de maio de 2001, resolve:

Art. 1º Estabelecer que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes, a qualquer título, do Sistema Único de Saúde SUS deverão comunicar, aos Conselhos Tutelares ou Juizado de Menores da localidade, todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, por elas atendidos.

Art. 2º Definir que a comunicação de que trata o Artigo 1º deverá ser feita mediante a utilização de formulário próprio, constante do Anexo desta Portaria, observadas as instruções e cautelas nele indicadas para seu preenchimento.

Parágrafo único. O formulário objeto deste Artigo deverá ser preenchido em 02 (duas) vias, sendo a primeira encaminhada ao Conselho Tutelar ou Juizado de Menores e a segunda anexada à Ficha de Atendimento ou Prontuário do paciente atendido, para os encaminhamentos necessários ao serviço.

RECOMENDAÇÃO CFM Nº 4/2014

Recomendar que os profissionais médicos e os diretores técnicos das instituições de tratamento médico, ambulatorial ou hospitalar, ao atenderem uma criança, fiquem atentos a procedimentos que auxiliem na busca por crianças desaparecidas.

Art. 1º Que ao atenderem uma criança os profissionais médicos assistentes e diretores técnicos das instituições de tratamento médico, ambulatorial ou hospitalar, realizem os seguintes procedimentos:

- a) Análise das atitudes da criança. Observar como ela se comporta com o acompanhante, se demonstra medo, choro ou aparência assustada;
- b) Observação da existência de marcas físicas, como cortes, hematomas e outros sinais de violência ou abusos;
- c) Exigência da documentação do acompanhante. A criança deve estar acompanhada dos pais, avós, irmãos ou parentes próximos. Caso contrário, deve-se perguntar se o acompanhante tem autorização por escrito para acompanhá-la;
- d) Conhecimento dos antecedentes da criança. Desconfiar se o acompanhante fornecer informações desconstruídas, contraditórias ou não souber responder as perguntas básicas sobre características comportamentais e relações sociais da criança;
- e) Comunicar às autoridades competentes os casos suspeitos.

5.7

ESTUDANTES DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM Nº 663, DE 28 DE FEVEREIRO DE 1975

Determina que os Médicos mantenham permanente supervisão dos procedimentos realizados por estudantes de medicina no trato com os doentes.

- 1 - Determinar aos médicos que mantenham permanente supervisão dos procedimentos realizados por estudantes de medicina, no trato com os doentes.
- 2 - Determinar aos médicos que nessa supervisão procurem sempre fazer conhecidas dos estudantes de medicina, todas as implicações éticas dos diferentes procedimentos e das diferentes situações, encontradas no trato dos doentes.
- 3 - Determinar aos médicos que procurem fazer conhecidas dos estudantes de

medicina sob sua supervisão, as altas responsabilidades sociais da medicina e dos médicos em particular.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 158/2000

Dispõe sobre os requisitos a serem atendidos pelas unidades de saúde que oferecem estágio aos estudantes de Medicina, cria a figura do médico acompanhador.

Art. 1º Os estabelecimentos de saúde que desejem receber alunos de Medicina para estágio, deverão estar cadastrados no Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro para esta finalidade.

§ 1º A inscrição no cadastro efetivar-se-á após aprovação pela Comissão de Ensino Médico.

§ 2º No documento de cadastramento serão especificadas as especialidades médicas do campo de estágio a serem oferecidos, bem como a descrição das atividades a serem exercidas pelos alunos.

Art. 2º Os médicos responsáveis pelo acompanhamento dos estagiários terão a denominação de acompanhadores, sendo indispensável a sua presença permanente nos locais das atividades.

§ 1º A relação dos médicos acompanhadores será informada no ato do cadastramento do estabelecimento de saúde.

§ 2º O médico acompanhador deverá apresentar declaração de ciência e aceitação da função.

§ 3º O médico acompanhador só poderá ter sob sua responsabilidade até o máximo de dois estagiários.

Art. 3º O médico acompanhador será o responsável ético-disciplinar pelos atendimentos realizados.

Parágrafo único. A responsabilidade estabelecida no caput, também, será considerada nos casos de atos que os estagiários pratiquem sem o devido

acompanhamento, desde que o acompanhador tenha deles conhecimento.

Art. 4º Somente poderão ser admitidos como estagiários os alunos das faculdades de Medicina que tenham os seus cursos, devidamente, reconhecidos pela legislação em vigor.

Art. 5º Os estabelecimentos de saúde deverão exigir dos candidatos a estágio a apresentação de documento da Faculdade de Medicina atestando sua matrícula, juntamente com a cópia do histórico escolar.

Parágrafo único. Durante o estágio deverão ser semestralmente atualizados os documentos referidos no caput.

Art. 6º Serão de responsabilidade solidária do Diretor Médico do estabelecimento de saúde, do médico acompanhador e, ainda, de qualquer médico que tenha ciência dos fatos e não os comunique formalmente ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, o oferecimento ou a realização de estágio que contrariem as normas desta Resolução.[...]

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 247, DE 28 DE JANEIRO DE 2009

Dispõe sobre a instituição do Cadastro do Estudante de Medicina e da Carteira do Interno de Medicina (CIM).

Art. 1º Fica instituído no território do estado do Rio de Janeiro a Carteira do Interno de Medicina (CIM), conforme modelo do anexo I.

Art. 2º A Carteira do Interno de Medicina (CIM) poderá ser expedida para os estudantes das Faculdades de Medicina, públicas e privadas, situadas no Estado do Rio de Janeiro, que estejam cursando do 9.º (nono) ao 12º (décimo segundo) período e que tenham se cadastrado no CREMERJ.

§ 1º O estudante de medicina não está obrigado a se cadastrar ou solicitar a expedição da Carteira do Interno de Medicina (CIM) junto ao CREMERJ.

§ 2º A Carteira do Interno de Medicina (CIM) terá validade de 01 (um) ano,

exceto para os que a solicitarem no 12.º (décimo segundo) período, quando, então, valerá por 06 (seis) meses.

Art. 3º Para efetivar o cadastro no CREMERJ, o estudante de medicina deverá apresentar a seguinte documentação:

- a) Documento de identidade;
- b) Documento de inscrição no CPF;
- c) Declaração da Faculdade de Medicina ou Universidade que indique o período que o aluno está cursando;
- d) 02 (duas) fotos 3 x 4.

Art. 4º O estudante de medicina cadastrado no Conselho terá acesso ao Portal e à área restrita do site do CREMERJ na internet.

5.8

FISCALIZAÇÃO

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.056, DE 20 DE SETEMBRO DE 2013

Disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos. Trata também dos roteiros de anamnese a serem adotados em todo o Brasil, inclusive nos estabelecimentos de ensino médico, bem como os roteiros para perícias médicas e a organização do prontuário de pacientes assistidos em ambientes de trabalho dos médicos.

ANEXO I

[...]CAPÍTULO IV DOS MÉDICOS INTEGRANTES DE CORPO CLÍNICO

Art. 20. Os médicos que integram o Corpo Clínico de uma instituição devem

colaborar para que se façam presentes as condições mínimas para a segurança do ato médico, conforme definido nestas normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil.

§ 1º É dever dos médicos defender o direito de cada paciente usufruir dos melhores meios diagnósticos cientificamente reconhecidos e dos recursos profiláticos, terapêuticos e de reabilitação mais adequados à sua situação clínica ou cirúrgica.

§ 2º Na ausência das condições descritas nestas normas e no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil, deve(m) o(s) médico(s) através de ofício ao diretor técnico médico solicitando a correção das deficiências, com cópia à Comissão de Ética Médica da instituição, quando houver, e ao Conselho Regional de Medicina.

§ 3º Na ausência de resposta escrita do diretor técnico médico no prazo de sete dias úteis, deve(m) o(s) médico(s) informar a omissão à Comissão de Ética Médica, quando houver, e ao Conselho Regional de Medicina.

§ 4º Recebida a informação mencionada no § 3º deste artigo, o Conselho Regional de Medicina terá o prazo de até quinze dias úteis para realizar fiscalização com vistas a averiguar as condições denunciadas e decretar providências.

§ 5º Havendo inércia dos dirigentes da instituição em apontar meios para e, quando instado, sanar as irregularidades apontadas no relatório conclusivo da Fiscalização, o Conselho Regional de Medicina poderá determinar a suspensão parcial ou total das atividades médicas no local sempre com a participação e presença do corpo clínico.

§ 6º Nas instituições onde for obrigatória a existência da Diretoria Clínica, este diretor, representante do Corpo Clínico, será encarregado de apresentar as reclamações perante a instância técnica e administrativa do estabelecimento médico, bem como perante o Conselho Regional de Medicina.

Instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, a residência médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Funciona em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o “padrão ouro” da especialização médica. O mesmo decreto criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

O Programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão “residência médica” só pode ser empregada para programas que sejam credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica.

LEI No 6.932, DE 7 DE JULHO DE 1981.

Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências

Art. 1º A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

§ 1º As instituições de saúde de que trata este artigo somente poderão oferecer programas de Residência Médica depois de credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica.

§ 2º É vedado o uso da expressão residência médica para designar qualquer programa de treinamento médico que não tenha sido aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

§ 3º A Residência Médica constitui modalidade de certificação das especialidades médicas no Brasil. (Incluído pela Lei nº 12.871, de 2013)

§ 4º As certificações de especialidades médicas concedidas pelos Programas de Residência Médica ou pelas associações médicas submetem-se às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). (Incluído pela Lei nº 12.871, de 2013)

§ 5º As instituições de que tratam os §§ 1o a 4o deste artigo deverão encaminhar, anualmente, o número de médicos certificados como especialistas, com vistas a possibilitar o Ministério da Saúde a formar o Cadastro Nacional de Especialistas e parametrizar as ações de saúde pública. (Incluído pela Lei nº 12.871, de 2013)

Art. 2º Para a sua admissão em qualquer curso de Residência Médica o candidato deverá submeter-se ao processo de seleção estabelecido pelo programa aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 3º O médico residente admitido no programa terá anotado no contrato padrão de matrícula:

- a) a qualidade de médico residente, com a caracterização da especialidade que cursa;
- b) o nome da instituição responsável pelo programa;
- c) a data de início e a prevista para o término da residência;
- d) o valor da bolsa paga pela instituição responsável pelo programa.

Art. 4º Ao médico-residente é assegurado bolsa no valor de R\$ 2.384,82 (dois mil, trezentos e oitenta e quatro reais e oitenta e dois centavos), em regime especial de treinamento em serviço de 60 (sessenta) horas semanais. (Redação dada pela Lei nº 12.514, de 2011)

§ 1º O médico-residente é filiado ao Regime Geral de Previdência Social - RGPS como contribuinte individual. (Redação dada pela Lei nº 12.514, de 2011)

§ 2º O médico-residente tem direito, conforme o caso, à licença-paternidade de 5 (cinco) dias ou à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias. (Redação dada pela Lei nº 12.514, de 2011)

§ 3º A instituição de saúde responsável por programas de residência médica poderá prorrogar, nos termos da Lei no 11.770, de 9 de setembro de 2008, quando requerido pela médica-residente, o período de licença-maternidade em até 60 (sessenta) dias. (Redação dada pela Lei nº 12.514, de 2011)

§ 4º O tempo de residência médica será prorrogado por prazo equivalente à duração do afastamento do médico-residente por motivo de saúde ou nas hipóteses dos §§ 2o e 3o. (Redação dada pela Lei nº 12.514, de 2011)

§ 5º A instituição de saúde responsável por programas de residência médica oferecerá ao médico-residente, durante todo o período de residência: (Redação dada pela Lei nº 12.514, de 2011)

I - condições adequadas para repouso e higiene pessoal durante os plantões; (Incluído pela Lei nº 12.514, de 2011)

II - alimentação; e (Incluído pela Lei nº 12.514, de 2011)

III - moradia, conforme estabelecido em regulamento. (Incluído pela Lei nº 12.514, de 2011)

§ 6º O valor da bolsa do médico-residente poderá ser objeto de revisão anual. (Incluído pela Lei nº 12.514, de 2011)

Art. 5º Os programas dos cursos de Residência Médica respeitarão o máximo de 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão.

§ 1º O médico residente fará jus a um dia de folga semanal e a 30 (trinta) dias consecutivos de repouso, por ano de atividade.

§ 2º Os programas dos cursos de Residência Médica compreenderão, num mínimo de 10% (dez por cento) e num máximo de 20% (vinte por cento) de sua carga horária, atividades teórico-práticas, sob a forma de sessões atualizadas, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, de acordo com os programas pré-estabelecidos.

Art. 6º Os programas de Residência Médica credenciados na forma desta Lei conferirão títulos de especialistas em favor dos médicos residentes neles habilitados, os quais constituirão comprovante hábil para fins legais junto ao sistema federal de ensino e ao Conselho Federal de Medicina.

Art. 7º A interrupção do programa de Residência Médica por parte do médico residente, seja qual for a causa, justificada ou não, não o exime da obrigação de, posteriormente, completar a carga horária total de atividade prevista para o aprendizado, a fim de obter o comprovante referido no artigo anterior, respeitadas as condições iniciais de sua admissão.

Art. 8º A partir da publicação desta Lei, as instituições de saúde que mantenham programas de Residência Médica terão um prazo máximo de 6 (seis) meses para submetê-los à aprovação da Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 9º Esta Lei será regulamentada no prazo de 90 (noventa) dias contados de sua publicação.

5.10

PUBLICIDADE MÉDICA

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.974, DE JULHO DE 2011

Estabelece os critérios norteadores da propaganda em Medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria.

ANEXO I

DE EMPRESA/ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS MÉDICOS PARTICULARES

A propaganda ou publicidade médica deve cumprir os seguintes requisitos gerais, sem prejuízo do que, particularmente, se estabeleça para determinadas situações, sendo exigido constar as seguintes informações em todas as peças publicitárias e papelaria produzidas pelo estabelecimento:

- I - nome completo do médico no cargo de diretor técnico médico;
- II - registro do profissional junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM), contemplando a numeração e o estado relativo;
- III - nome do cargo para o qual o médico está oficialmente investido;
- IV - o número de registro de qualificação de especialista (RQE), se o for.

DE SERVIÇOS MÉDICOS OFERECIDOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A propaganda ou publicidade médica deve cumprir os seguintes requisitos gerais, sem prejuízo do que, particularmente, se estabeleça para determinadas situações, sendo exigido constar as seguintes informações em todas as peças publicitárias e papelaria produzidas pelo estabelecimento:

- I - nome completo do médico no cargo de diretor técnico médico da unidade mencionada;
- II - registro do médico junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM), contemplando a numeração e o estado relativo;
- III - nome do cargo para o qual o médico está oficialmente investido;
- IV - o número de registro de qualificação de especialista (RQE), se o for.[...]

CRITÉRIOS ESPECÍFICOS PARA ANÚNCIOS PUBLICITÁRIOS E DE PROPAGANDA

Nos anúncios veiculados pela mídia impressa (jornais, revistas, boletins etc.), em peças publicitárias (cartazes, folders, postais, folhetos, panfletos, outdoors, busdoors, frontlights, backlights, totens, banners etc.), e em peças de mobiliário urbano (letreiros, placas, instalações etc.) devem ser inseridos os dados de identificação do médico (se consultório particular) ou do diretor técnico médico (se estabelecimento/serviço de saúde) de forma a causar o mesmo impacto visual que as demais informações presentes na peça publicitária.[...]

CRITÉRIOS ESPECÍFICOS PARA MATERIAL IMPRESSO DE CARÁTER INSTITUCIONAL (RECEITUÁRIOS, FORMULÁRIOS, GUIAS, ETC)

Em material impresso, de caráter institucional, usado para encaminhamentos clínicos ou administrativos, devem ser observados os seguintes critérios:

- I - os dados de identificação do diretor técnico médico (se estabelecimento/serviço de saúde) devem constar em local de destaque na peça; [...]
- V - no caso dos estabelecimentos/serviços de saúde, a inclusão dos dados do diretor técnico médico não elimina a necessidade de citar em campo específico o nome e CRM do médico responsável pelo atendimento direto do paciente. Tal inclusão deve ocupar espaço de destaque no formulário e também observar critérios de visibilidade e legibilidade;

CRITÉRIOS ESPECÍFICOS PARA PUBLICIDADE E PROPAGANDA EM TV, RÁDIO E INTERNET

Nos anúncios veiculados por emissoras de rádio, TV e internet, a empresa responsável pelo veículo de comunicação, a partir da venda do espaço

promocional, deve disponibilizar, à sociedade, as informações pertinentes ao médico e/ou diretor técnico médico, em se tratando de estabelecimento ou serviço de saúde;

A menção aos dados de identificação do médico/diretor técnico médico deve ser contextualizada na peça publicitária, de maneira que seja pronunciada pelo personagem/locutor principal; e quando veiculada no rádio ou na televisão, proferida pelo mesmo personagem/locutor. [...]

Em peça veiculada pela televisão ou em formato de vídeo (mesmo que sobre plataforma on-line), devem ser observados os seguintes critérios:

I - após o término da mensagem publicitária, a identificação dos dados médicos (se consultório privado) ou do diretor técnico médico (se estabelecimento/serviço de saúde) devem ser exibidos em cartela única, com fundo azul, em letras brancas, de forma a permitir a perfeita legibilidade e visibilidade, permanecendo imóvel no vídeo, sendo que na mesma peça devem constar os dados de identificação da unidade de saúde em questão, quando for o caso.[...]

Nas peças exibidas pela internet, os dados do médico ou do diretor técnico médico devem ser exibidos permanentemente e de forma visível, inseridos em retângulo de fundo branco, emoldurado por filete interno, em letras de cor preta, padrão Humanist 777 Bold ou Frutiger 55 Bold, caixa alta, respeitando a proporção de dois décimos do total do espaço da propaganda.[...]

Ao conceder entrevistas, repassar informações à sociedade ou participar de eventos públicos, o médico deve anunciar de imediato possíveis conflitos de interesse que, porventura, possam comprometer o entendimento de suas colocações, vindo a causar distorções com graves consequências para a saúde individual ou coletiva. Nestas participações, o médico deve ser identificado com nome completo, registro profissional e a especialidade junto ao Conselho Regional de Medicina, bem como cargo, se diretor técnico médico responsável pelo estabelecimento.[...]

É vedado ao médico, na relação com a imprensa, na participação em eventos e no uso das redes sociais:

[...]

m) divulgar anúncios profissionais, institucionais ou empresariais de qualquer

ordem e em qualquer meio de comunicação nos quais, se o nome do médico for citado, não esteja presente o número de inscrição no Conselho Regional de Medicina (observando as regras de formato constantes deste documento). Nos casos em que o profissional ocupe o cargo de diretor técnico médico, o exercício da função deve ser explicitado;

5.11

SEPSE

RECOMENDAÇÃO CFM Nº 6/2014

Recomendar que em todos os níveis de atendimento à saúde sejam estabelecidos protocolos assistenciais para o reconhecimento precoce e o tratamento de pacientes com sepse; a capacitação dos médicos para o enfrentamento deste problema; e a promoção de campanhas de conscientização do público leigo, entre outras providências.

Art. 1º Em todos os níveis de atendimento à saúde (unidades básicas de saúde, unidades de pronto atendimento, serviços de urgência e emergência, unidades de internação regulares e unidades de terapia intensiva) deve-se estabelecer protocolos assistenciais visando o reconhecimento precoce e a pronta instituição das medidas iniciais de tratamento aos pacientes com sepse;

Art. 2º Todos os médicos devem se capacitar para o reconhecimento dos sinais de gravidade presentes em pacientes com síndromes infecciosas, suspeitas ou confirmadas, de modo a encaminhá-los para o diagnóstico e tratamento adequado;

Art. 3º As instâncias governamentais pertinentes devem promover campanhas de conscientização do público leigo, além de desenvolver instrumentos para capacitação dos profissionais de saúde e prover condições de infraestrutura para o atendimento a esses pacientes.

Art. 4º Esta recomendação entra em vigor na data de sua publicação

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.451, DE 10 DE MARÇO DE 1995

Estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência-emergência, nos Pronto Socorros Públicos e Privados

Art. 1º Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

§ 1º Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

§ 2º Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

Art. 2º A equipe médica do Pronto Socorro deverá, em regime de plantão no local, ser constituída, no mínimo, por profissionais das seguintes áreas:

- Anestesiologia;
- Clínica Médica;
- Pediatria;
- Cirurgia Geral;
- Ortopedia. [...]

Art. 5º O estabelecimento de Pronto Socorro deverá permanecer à disposição da população em funcionamento ininterrupto;

Art. 6º Os diferentes portes de Prontos Socorros de maior complexidade deverão ser definidos em cada Estado pelos Conselhos Regionais de Medicina, de acordo com as realidades regionais e as necessidades de atendimento à população.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 100, DE 18 DE MARÇO DE 1996

Estabelece as "Normas Mínimas para o Atendimento de Urgências e Emergências no Estado do Rio de Janeiro".

Art. 1º Aprovar as "Normas Mínimas para os Serviços de Atendimento às Urgências e Emergências no Estado do Rio de Janeiro", anexas a esta Resolução.

Parágrafo único. São 4 (quatro) os níveis de complexidade definidos, a saber:

- a) Nível I - Deve apresentar capacidade resolutiva para o atendimento adequado ao tecnicamente entendido como urgência médica. Deverá, também, estar capacitado a dar um primeiro atendimento às emergências, de forma a estabelecer a manutenção das condições vitais, estando apto a operar de forma ágil e segura no transporte do paciente à(s) unidade(s) de maior complexidade à que se referencia.
- b) Nível II - Deve ter condições de prestar adequado atendimento às emergências clínicas e cirúrgicas de menor complexidade, e às emergências obstétricas.
- c) Nível III - Deve estar capacitado para receber todas as emergências clínicas e cirúrgicas, excetuando-se os grandes traumas, estes destinados ao nível IV.
- d) Nível IV - Deve apresentar condições para realizar todo e qualquer procedimento para melhor atender as grandes emergências, dispondo, para isso, dos recursos físicos e humanos necessários.

Art. 2º A Unidade de Nível I será denominada Unidade Básica de Atendimento de Urgência, não podendo referenciar-se como Pronto-Socorro.

Art. 3º Os estabelecimentos públicos, privados, filantrópicos ou de qualquer natureza, que se proponham a prestar serviços de atendimento às urgências ou emergências médicas, deverão estruturar-se de acordo com as presentes Normas.

Parágrafo único. Os estabelecimentos de que trata o "caput" deste artigo, atualmente existentes deverão adequar-se às referidas Normas num prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias.

Art. 4º Os estabelecimentos referidos no artigo anterior estarão obrigados a informar à população usuária o nível de complexidade em que atuam, afixando, na entrada

da Unidade, cartaz ou meio de comunicação similar, em linguagem acessível à população, explicitando os serviços que estão aptos a oferecer.

Parágrafo único. As empresas contratantes ou proprietárias de serviços médicos de urgência e emergência ficam obrigadas a divulgar aos usuários de seus planos de saúde, em linguagem acessível, quais os serviços efetivamente prestados pelos estabelecimentos contratados ou próprios, sempre de acordo com o nível de complexidade em que atuam, com base nesta Resolução.

Art. 5º Os quantitativos correspondentes a profissionais não médicos deverão ser estabelecidos de acordo com as normas vigentes, ouvidos os Conselhos das respectivas profissões.

Art. 6º O número de médicos clínicos, pediatras ou cirurgiões gerais, em qualquer nível de complexidade poderá ser revisto, condicionado à introdução do especialista em Medicina de Urgência (Emergencista).

PORTARIA MS/GM Nº 2.048, DE 05 DE NOVEMBRO DE 2002.

Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

§ 1º O Regulamento ora aprovado estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área;

§ 2º Este Regulamento é de caráter nacional devendo ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na implantação dos Sistemas

Estaduais de Urgência e Emergência, na avaliação, habilitação e cadastramento de serviços em todas as modalidades assistenciais, sendo extensivo ao setor privado que atue na área de urgência e emergência, com ou sem vínculo com a prestação de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º [...]

§ 2º A abertura de qualquer Serviço de Atendimento às Urgências e Emergências deverá ser precedida de consulta ao Gestor do SUS, de nível local ou estadual, sobre as normas vigentes, a necessidade de sua criação e a possibilidade de cadastramento do mesmo, sem a qual o SUS não se obriga ao cadastramento.[...]

Art. 3º Alterar o Artigo 2º da Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999, que estabelece os critérios para a classificação e inclusão dos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergência, que passa a ter a redação dada pelo contido no Capítulo V do Regulamento Técnico constante do Anexo desta Portaria no que diz respeito às Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I, II e III.

§ 1º Ficam mantidos todos os demais Artigos e parágrafos da Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999;

§ 2º Ficam convalidados todos os atos que tenham sido praticados até a presente data relacionados com a classificação, cadastramento e inclusão de hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, com base no estabelecido na Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999;

§ 3º A partir da publicação da presente Portaria, a classificação, cadastramento e inclusão de novas Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I, II ou III deverá se dar em cumprimento ao estabelecido no Capítulo V do Regulamento Técnico ora aprovado e no Artigo 2º desta Portaria.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.671, DE 9 DE JULHO DE 2003

Dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar e dá outras providências.

Art. 1º Que o sistema de atendimento pré-hospitalar é um serviço médico e, portanto, sua coordenação, regulação e supervisão direta e a distância deve ser efetuada por médico, com ações que possibilitem a realização de diagnóstico imediato nos agravos ocorridos com a consequente terapêutica.

Art. 2º Que todo serviço de atendimento pré-hospitalar deverá ter um responsável técnico médico, com registro no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde se localiza o serviço, o qual responderá pelas ocorrências de acordo com as normas legais vigentes.

Parágrafo único - Os serviços de atendimento pré-hospitalar vinculados a estabelecimentos hospitalares deverão ter um médico responsável técnico específico.

Art. 3º Aprovar a “Normatização da Atividade na Área da Urgência-Emergência na sua Fase Pré-Hospitalar”, que constitui o ANEXO I da presente resolução.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.672, DE 9 DE JULHO DE 2003

Dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências.

Art. 1º Que o sistema de transporte inter-hospitalar de pacientes deverá ser efetuado conforme o abaixo estabelecido:

I- O hospital previamente estabelecido como referência não pode negar atendimento aos casos que se enquadrem em sua capacidade de resolução.

II- Pacientes com risco de vida não podem ser removidos sem a prévia realização de diagnóstico médico, com obrigatória avaliação e atendimento básico respiratório e hemodinâmico, além da realização de outras medidas urgentes e específicas para cada caso.

III- Pacientes graves ou de risco devem ser removidos acompanhados de equipe composta por tripulação mínima de um médico, um profissional de enfermagem e motorista, em ambulância de suporte avançado. Nas situações em que seja tecnicamente impossível o cumprimento desta norma, deve ser avaliado o risco potencial do transporte em relação à permanência do paciente no local de origem.

IV- Antes de decidir a remoção do paciente, faz-se necessário realizar contato com o médico receptor ou diretor técnico no hospital de destino, e ter a concordância do(s) mesmo(s).

V- Todas as ocorrências inerentes à transferência devem ser registradas no prontuário de origem.

VI- Todo paciente removido deve ser acompanhado por relatório completo, legível e assinado (com número do CRM), que passará a integrar o prontuário no destino. Quando do recebimento, o relatório deve ser também assinado pelo médico receptor.

VII- Para o transporte, faz-se necessária a obtenção de consentimento após esclarecimento, por escrito, assinado pelo paciente ou seu responsável legal. Isto pode ser dispensado quando houver risco de morte e impossibilidade de localização do(s) responsável(is). Nesta circunstância, o médico solicitante pode autorizar o transporte, documentando devidamente tal fato no prontuário.

VIII- A responsabilidade inicial da remoção é do médico transferente, assistente ou substituto, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor.

a) a responsabilidade para o transporte, quando realizado por Ambulância tipo D, E ou F é do médico da ambulância, até sua chegada ao local de destino e efetiva recepção por outro médico.

b) as providências administrativas e operacionais para o transporte não são de responsabilidade médica.

IX- O transporte de paciente neonatal deverá ser realizado em ambulância do tipo D, aeronave ou nave contendo:

a) incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts), suporte em seu próprio pedestal para cilindro de oxigênio e ar comprimido, controle de temperatura com alarme. A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância;

b) respirador de transporte neonatal;

c) nos demais itens, deve conter a mesma aparelhagem e medicamentos de suporte avançado, com os tamanhos e especificações adequadas ao uso neonatal.

Art. 2º Os médicos diretores técnicos das instituições, inclusive os dos serviços de atendimento pré-hospitalar, serão responsáveis pela efetiva aplicação destas normas.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 222, DE 02 DE OUTUBRO DE 2006

Normatiza o atendimento médico na porta de entrada dos serviços de emergência.

Art. 1º Nos hospitais e serviços de emergência, todos os pacientes com agravos à saúde terão sua avaliação de risco efetuada pelo médico e serão encaminhados diretamente ao setor de emergência ou ao setor de atendimento de baixa complexidade (pronto-atendimento).

§1º É vedada a dispensa de pacientes com agravos à saúde antes que os mesmos recebam atendimento médico.

Art. 2º No setor dito pronto-atendimento o quantitativo de médicos ali lotados será avaliado pela chefia médica, de acordo com o histórico da demanda.

§ 1º O atendimento deverá ser realizado em consultório próprio que disporá, no mínimo, de maca de exame, mesa, cadeiras e material de documentação médica, garantindo-se a privacidade e intimidade do paciente.

§ 2º Todos os exames complementares sob requisição médica de Radiologia, Patologia Clínica, e outros compatíveis com o nível de complexidade do setor e da unidade, terão sua realização garantida.

§ 3º A aplicação de eventual medicação sob prescrição médica em sala própria com medicação compatível com o nível de complexidade do setor, terá sua realização garantida.

Art. 3º Os pacientes pediátricos serão atendidos diretamente por Setor de Pediatria, do serviço dito de pronto-atendimento, quando houver, ou da Emergência de acordo com a complexidade do caso e com fluxo e contra-fluxo entre os setores quando houver necessidade.

Art. 4º Após o atendimento, o paciente poderá ser, a critério médico, encaminhado para:

- 1- O setor de Emergência com a documentação pertinente;
- 2- Para referência ambulatorial, obrigatoriamente pré-pactuada;
- 3- Alta.

Art. 5º Fica aprovado o anexo da Resolução.

Art. 6º O descumprimento da presente resolução constitui infração ética.

Parágrafo Único. Cabe ao Diretor Técnico da unidade de saúde fazer cumprir as determinações da presente resolução.

PORTARIA MS/GM Nº 2.338, DE 3 DE OUTUBRO DE 2011

Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências.

Art. 1º Esta Portaria estabelece as diretrizes e cria mecanismos para implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, reformulada pela Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011.

Art. 2º A Sala de Estabilização (SE) é a estrutura que funciona como local de assistência temporária e qualificada para estabilização de pacientes críticos/graves, para posterior encaminhamento a outros pontos da rede de atenção à saúde, observadas as seguintes diretrizes:

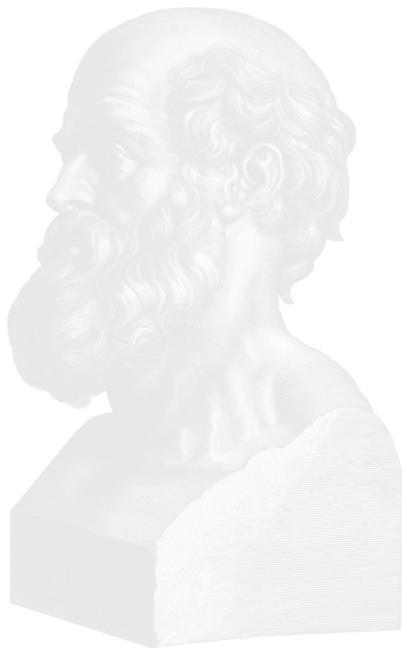
- I - funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana;
- II - equipe interdisciplinar compatível com suas atividades; e
- III - funcionamento conforme protocolos clínicos e procedimentos administrativos estabelecidos e/ou adotados pelo gestor responsável.

§ 1º Paciente crítico/grave é aquele que se encontra em risco iminente de perder a vida ou função de órgão/sistema do corpo humano, bem como aquele em frágil condição clínica decorrente de trauma ou outras condições relacionadas a processos que requeiram cuidado imediato clínico, cirúrgico, gineco-obstétrico ou em saúde mental.

§ 2º Assistência qualificada é a assistência prestada por profissionais de saúde capacitados ao pleno exercício dos protocolos clínicos firmados para o funcionamento adequado da SE.

6.

Legislação dos Conselhos de Medicina



“(...) Não praticarei a talha, mesmo sobre um calculoso confirmado; deixarei essa operação aos práticos que disso cuidam. (...)”

LEI Nº 3.268, DE 30 DE SETEMBRO DE 1957

Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências.

Art. 1º O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina, instituídos pelo Decreto-lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945, passam a constituir em seu conjunto uma autarquia, sendo cada um deles dotado de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira.

Art. 2º O conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

Art. 3º Haverá na Capital da República um Conselho Federal, com jurisdição em todo o Território Nacional, ao qual ficam subordinados os Conselhos Regionais; e, em cada capital de Estado e Território e no Distrito Federal, um Conselho Regional, denominado segundo sua jurisdição, que alcançará, respectivamente, a do Estado, a do Território e a do Distrito Federal.

Art. 4º O Conselho Federal de Medicina compor-se-á de 28 (vinte e oito) conselheiros titulares, sendo: (Redação dada pela Lei nº 11.000, de 2004).

I – 1 (um) representante de cada Estado da Federação; (Incluído pela Lei nº 11.000, de 2004)

II – 1 (um) representante do Distrito Federal; e (Incluído pela Lei nº 11.000, de 2004)

III – 1 (um) representante e respectivo suplente indicado pela Associação Médica Brasileira. (Incluído pela Lei nº 11.000, de 2004)

§ 1º Os Conselheiros e respectivos suplentes de que tratam os incisos I e II serão escolhidos por escrutínio secreto e maioria de votos, presentes no mínimo 20% (vinte por cento), dentre os médicos regularmente inscritos em cada Conselho Regional. (Incluído pela Lei nº 11.000, de 2004).

§ 2º Para a candidatura à vaga de conselheiro federal, o médico não necessita ser conselheiro do Conselho Regional de Medicina em que está inscrito. (Incluído pela Lei nº 11.000, de 2004)

Art. 5º São atribuições do Conselho Federal:

- a) organizar o seu regimento interno;
- b) aprovar os regimentos internos organizados pelos Conselhos Regionais;
- c) eleger o presidente e o secretário geral do Conselho;
- d) votar e alterar o Código de Deontologia Médica, ouvidos os Conselhos Regionais;
- e) promover quaisquer diligências ou verificações, relativas ao funcionamento dos Conselhos de Medicina, nos Estados ou Territórios e Distrito Federal, e adotar, quando necessárias, providências convenientes a bem da sua eficiência e regularidade, inclusive a designação de diretoria provisória;
- f) propor ao Governo Federal a emenda ou alteração do Regulamento desta lei;
- g) expedir as instruções necessárias ao bom funcionamento dos Conselhos Regionais;
- h) tomar conhecimento de quaisquer dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais e dirimi-las;
- i) em grau de recurso por provocação dos Conselhos Regionais, ou de qualquer interessado, deliberar sobre admissão de membros aos Conselhos Regionais e sobre penalidades impostas aos mesmos pelos referidos Conselhos.
- j) fixar e alterar o valor da anuidade única, cobrada aos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina; e (Incluído pela Lei nº 11.000, de 2004)
- l) normatizar a concessão de diárias, jetons e auxílio de representação, fixando o valor máximo para todos os Conselhos Regionais. (Incluído pela Lei nº 11.000, de 2004)

Art. 6º O mandato dos membros do Conselho Federal de Medicina será meramente honorífico e durará 5 (cinco) anos.

Art. 7º Na primeira reunião ordinária do Conselho Federal será eleita a sua diretoria, composta de presidente, vice-presidente, secretário geral, primeiro e segundo secretários, tesoureiro, na forma do regimento.

Art. 8º Ao presidente do Conselho Federal compete a direção do mesmo Conselho, cabendo-lhe velar pela conservação do decôro e da independência dos Conselhos de Medicina e pelo livre exercício legal dos direitos de seus membros.

Art. 9º O secretário geral terá a seu cargo a secretaria permanente do Conselho Federal.

Art. 10. O presidente e o secretário geral residirão no Distrito Federal durante todo o tempo de seus mandatos. (Revogado pela Lei nº 11.000, de 2004)

Art. 11. A renda do Conselho Federal será constituída de:

- a) 20% (vinte por cento) da totalidade do impôsto sindical pago pelos médicos;
- b) 1/3 (um têrço) da taxa de expedição das carteiras profissionais;
- c) 1/3 (um têrço) das multas aplicadas pelos Conselhos Regionais;
- d) doações e legados;
- e) subvenções oficiais;
- f) bens e valores adquiridos;
- g) 1/3 (um têrço) das anuidades percebidas pelos Conselhos Regionais.

Art. 12. Os Conselhos Regionais serão instalados em cada capital de Estado na de Território e no Distrito Federal, onde terão sua sede, sendo compostos de 5 (cinco) membros, quando o Conselho tiver até 50 (cinquenta) médicos inscritos, de 10 (dez), até 150 (cento e cinquenta) médicos inscritos, de 15 (quinze), até 300 (trezentos) inscritos, e, finalmente, de 21 (vinte e um), quando excedido êsse número.

Art. 13. Os membros dos Conselhos Regionais de Medicina, com exceção de um que será escolhido pela Associação Médica, sediada na Capital do respectivo Estado, federado à Associação Médica Brasileira, serão eleitos, em escrutínio secreto, em assembléia dos inscritos de cada região e que estejam em pleno gôzo de seus direitos.

§ 1º As eleições para os Conselhos Regionais serão feitas sem discriminação de cargos, que serão providos na primeira reunião ordinária dos mesmos.

§ 2º O mandato dos membros dos Conselhos Regionais será meramente honorífico, e exigida como requisito para eleição a qualidade de brasileiro nato ou naturalizado.

Art. 14. A diretoria de cada Conselho Regional compor-se-á de presidente, vice-presidente, primeiro e segundo secretários e tesoureiro.

Parágrafo único. Nos Conselhos onde o quadro abranger menos de 20 (vinte) médicos inscritos poderão ser suprimidos os cargos de vice-presidente e os de primeiro ou segundo secretários, ou alguns dêstes.

Art. 15. São atribuições dos Conselhos Regionais:

- a) deliberar sobre a inscrição e cancelamento no quadro do Conselho;
- b) manter um registro dos médicos, legalmente habilitados, com exercício na respectiva Região;
- c) fiscalizar o exercício da profissão de médico;
- d) conhecer, apreciar e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades que couberem;
- e) elaborar a proposta do seu regimento interno, submetendo-a à aprovação do Conselho Federal;
- f) expedir carteira profissional;
- g) velar pela conservação da honra e da independência do Conselho, livre exercício legal dos direitos dos médicos;
- h) promover, por todos os meios e o seu alcance, o perfeito desempenho técnico e moral da medicina e o prestígio e bom conceito da medicina, da profissão e dos que a exercem;
- i) publicar relatórios anuais de seus trabalhos e a relação dos profissionais registrados;
- j) exercer os atos de jurisdição que por lei lhes sejam cometidos;
- k) representar ao Conselho Federal de Medicina Aérea sobre providências necessárias para a regularidade dos serviços e da fiscalização do exercício da profissão.

Art. 16. A renda dos Conselhos Regionais será constituída de:

- a) taxa de inscrição;
- b) 2/3 (dois terços) da taxa de expedição de carteiras profissionais;
- c) 2/3 (dois terços) da anuidade paga pelos membros inscritos no Conselho Regional;
- d) 2/3 (dois terços) das multas aplicadas de acordo com a alínea d do art. 22;
- e) doações e legados;
- f) subvenções oficiais;
- g) bens e valores adquiridos.

Art. 17. Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua

atividade. (Vide Medida Provisória nº 621, de 2013)

Art. 18. Aos profissionais registrados de acordo com esta lei será entregue uma carteira profissional que os habitará ao exercício da medicina em todo o País.

§ 1º No caso em que o profissional tiver de exercer temporariamente, à medicina em outra jurisdição, apresentará sua carteira para ser visada pelo Presidente do Conselho Regional desta jurisdição.

§ 2º Se o médico inscrito no Conselho Regional de um Estado passar a exercer, de modo permanente, atividade em outra região, assim se entendendo o exercício da profissão por mais de 90 (noventa) dias, na nova jurisdição, ficará obrigado a requerer inscrição secundária no quadro respectivo, ou para êle se transferir, sujeito, em ambos os casos, à jurisdição do Conselho local pelos atos praticados em qualquer jurisdição.

§ 3º Quando deixar, temporária ou definitivamente, de exercer atividade profissional, o profissional restituirá a carteira à secretaria do Conselho onde estiver inscrito.

§4º No prontuário do médico serão feitas quaisquer anotações referentes ao mesmo, inclusive os elogios e penalidades.

Art. 19. A carteira profissional, de que trata o art. 18, valerá documento de identidade e terá fé pública.

Art. 20. Todo aquele que mediante anúncios, placas, cartões ou outros meios quaisquer, se propuser ao exercício da medicina, em qualquer dos ramos ou especialidades, fica sujeito às penalidades aplicáveis ao exercício ilegal da profissão, se não estiver devidamente registrado.

Art. 21. O poder de disciplinar e aplicar penalidades aos médicos compete exclusivamente ao Conselho Regional, em que estavam inscritos ao tempo do fato punível, ou em que ocorreu, nos termos do art. 18, § 1º.

Parágrafo único. A jurisdição disciplinar estabelecida neste artigo não derroga a jurisdição comum quando o fato constitua crime punido em lei.

Art. 22. As penas disciplinares aplicáveis pelos Conselhos Regionais aos seus

membros são as seguintes:

- a) advertência confidencial em aviso reservado;
- b) censura confidencial em aviso reservado;
- c) censura pública em publicação oficial;
- d) suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias;
- e) cassação do exercício profissional, ad referendum do Conselho Federal.

§ 1º Salvo os casos de gravidade manifesta que exijam aplicação imediata da penalidade mais grave a imposição das penas obedecerá à gradação deste artigo.

§ 2º Em matéria disciplinar, o Conselho Regional deliberará de oficial ou em consequência de representação de autoridade, de qualquer membro, ou de pessoa estranha ao Conselho, interessada no caso.

§ 3º A deliberação do Comércio precederá, sempre, audiência do acusado, sendo-lhe dado defensor no caso de não ser encontrado, ou fôr revel.

§ 4º Da imposição de qualquer penalidade caberá recurso, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da ciência, para o Conselho Federal, sem efeito suspenso salvo os casos das alíneas c , e e f , em que o efeito será suspensivo.

§ 5º Além do recurso previsto no parágrafo anterior, não caberá qualquer outro de natureza administrativa, salvo aos interessados a via judiciária para as ações que fôrem devidas.

§ 6º As denúncias contra membros dos Conselhos Regionais só serão recebidas quando devidamente assinadas e acompanhadas da indicação de elementos comprobatórios do alegado.

Art. 23. Constituem a assembléia geral de cada Conselho Regional os médicos inscritos, que se achem no pleno gozo de seus direitos e tenham aí a sede principal de sua atividade profissional.

Parágrafo único. A assembléia geral será dirigida pelo presidente e os secretários do Conselho Regional respectivo.

Art. 24. A assembléia geral compete:

I - ouvir a leitura e discutir o relatório e contas da diretoria. Para êsse fim se

reunirá, ao menos uma vez por ano, sendo, nos anos em que se tenha de realizar a eleição do Conselho Regional, de 30 (trinta) a 45(quarenta e cinco) dias antes da data fixada para essa eleição;

II - autorizar a alienação de imóveis do patrimônio do Conselho;

III - fixar ou alterar as de contribuições cobradas pelo Conselho pelos serviços praticados;

IV - deliberar sôbre as questões ou consultas submetidas à sua decisão pelo Conselho ou pela Diretoria;

V - eleger um delegado e um suplente para eleição dos membros e suplentes do Conselho Federal.

Art. 25. A assembléia geral em primeira convocação, reunir-se-á com a maioria absoluta de seus membros e, em segunda convocação, com qualquer número de membros presentes.

Parágrafo único. As deliberações serão tomadas por maioria de votos dos presentes.

Art. 26. O voto é pessoal e obrigatório em tôda eleição, salvo doença ou ausência comprovadas plenamente.

§ 1º Por falta injustificada à eleição, incorrerá o membro do Conselho na multa de Cr\$200,00 (duzentos cruzeiros), dobrada na reincidência.

§ 2º Os médicos que se encontrarem fora da sede das eleições, por ocasião destas, poderão dar seu voto em dupla sobrecarta, opaca, fechada, e remetida pelo correio, sob registro, por ofício com firma reconhecida, ao Presidente do Conselho Regional.

§ 3º Serão computadas as cédulas recebidas, com as formalidades do parágrafo precedente até o momento de encerrar-se a votação. A sobrecarta maior será aberta pelo Presidente do Conselho, que depositará a sobrecarta menor na urna, sem violar o sêgrêdo do voto.

§ 4º As eleições serão anunciadas no órgão oficial e em jornal de grande circulação, com 30 (trinta) dias de antecedência.

§ 5º As eleições serão feitas por escrutínio secreto, perante o Conselho, podendo,

quando haja mais de duzentos votantes, determinarem-se locais diversos para o recebimento dos votos, permanecendo, neste caso, em cada local, dois diretores, ou médicos inscritos, designados pelo Conselho.

§ 6º Em cada eleição, os votos serão recebidos durante 6 (seis) horas contínuas pelo menos.

Art. 27. A inscrição dos profissionais já registrados nos órgãos de saúde pública, na data da presente lei, será feita independente da apresentação de títulos, diplomas certificados ou cartas registradas no Ministério da Educação e Cultura, mediante prova do registro na repartição competente.

Art. 28. O atual Conselho Federal de Medicina designará diretorias provisórias para os Conselhos Regionais dos Estados Territórios e Distrito Federal, onde não houverem ainda sido instalados, que tomarão a seu cargo a sua instalação e a convocação, dentro em 180 (cento e oitenta) dias, da assembléia geral, que elegerá o Conselho Regional respectivo.

Art. 29. O Conselho Federal de Medicina baixará instruções no sentido de promover a coincidência dos mandatos dos membros do Conselhos Regionais já instalados e dos que vierem a ser organizados.

Art. 30. Enquanto não fôr elaborado e aprovado pelo Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais o Código de Deontologia Médica, vigorará o Código de Ética da Associação Médica Brasileira.

Art. 31. O pessoal a serviço dos Conselhos de Medicina será inscrito, para efeito de previdência social, no Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado em conformidade com o art. 2º do Decreto-lei nº 3.347, de 12 de junho de 1941.

Art. 32. As diretorias provisórias, a que se refere o art. 28, organizarão a tabela de emolumentos devidos pelos inscritos, submetendo-a à aprovação do Conselho Federal.

Art. 33. O Poder Executivo providenciará a entrega ao Conselho Federal de Medicina, logo após a publicação da presente lei, de 40% (quarenta por cento)

da totalidade do impôsto sindical pago pelos médicos a fim de que sejam empregados na instalação do mesmo Conselho e dos Conselhos Regionais.

Art. 34. O Govêrno Federal tomará medidas para a instalação condigna dos Conselhos de Medicina no Distrito Federal e nas capitais dos Estados e Territórios, tanto quanto possível em edifícios públicos.

Art. 35. O Conselho Federal de Medicina elaborará o projeto de decreto de regulamentação desta lei, apresentando-o ao Poder Executivo dentro em 120 (cento e vinte) dias a contar da data de sua publicação.

DECRETO LEI Nº 44.045, DE 19 DE JULHO DE 1958.

Aprova o Regulamento do Conselho Federal e Conselhos regionais de Medicina a que se refere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957

Art. 1º Fica aprovado o Regulamento do Conselho Federal de Medicina e Conselhos Regionais de Medicina que, assinado pelo Ministro de Estado dos Negócios da Saúde, com este baixa.

Art. 2º Este decreto entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PROJETO DO REGULAMENTO A QUE SE REFERE A LEI Nº 3.268, DE 30 DE SETEMBRO DE 1957

CAPÍTULO I DA INSCRIÇÃO

Art. 1º Os médicos legalmente habilitados ao exercício da profissão em virtude dos diplomas que lhes foram conferidos pelas Faculdades de Medicina oficiais ou reconhecidas do país só poderão desempenhá-lo efetivamente depois de inscreverem-se nos Conselhos Regionais de Medicina que jurisdicionarem a área de sua atividade profissional.

Parágrafo único. A obrigatoriedade da inscrição a que se refere o presente artigo abrange todos os profissionais militantes, sem distinção de cargos ou funções públicas.

Art. 2º O pedido de inscrição do médico deverá ser dirigido ao Presidente do competente Conselho Regional de Medicina, com declaração de:

- a) nome por extenso;
- b) nacionalidade;
- c) estado civil;
- d) data e lugar do nascimento;
- e) filiação; e
- f) Faculdade de Medicina pela qual se formou, sendo obrigatório o reconhecimento da firma do requerente.

§ 1º O requerimento de inscrição deverá ser acompanhado da seguinte documentação:

- a) original ou fotocópia autenticada do diploma de formatura, devidamente registrado no Ministério da Educação e Cultura;
- b) prova de quitação com o serviço militar (se fôr varão);
- c) prova de habilitação eleitoral,
- d) prova de quitação do imposto sindical;
- e) declaração dos cargos particulares ou das funções públicas de natureza médica que o requerente tenha exercido antes do presente Regulamento;
- f) prova de revalidação do diploma de formatura, de conformidade com a legislação em vigor, quando o requerente, brasileiro ou não, se tiver formado por Faculdade de Medicina estrangeira; e
- g) prova de registro no Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia.

§ 2º Quando o médico já tiver sido registrado pelas Repartições do Ministério da Saúde até trinta (30) de setembro de 1957, sua inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina prescindirá da apresentação de diplomas, certificados ou cartas registradas no Ministério da Educação e Cultura, contanto que conste prova de registro naquelas Repartições do Ministério da Saúde.

§ 3º Além dos documentos especificados nos parágrafos anteriores, os Conselhos Regionais de Medicina poderão exigir dos requerentes ainda outros documentos

que sejam julgados necessários para a complementação da inscrição.

Art. 3º A efetivação real do registro do médico só existirá depois da sua inscrição nos assentamentos dos Conselhos Regionais de Medicina e também depois da expedição da Carteira Profissional estatuída nos artigos 18 e 19 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, cuja obtenção pelos interessados exige o pagamento prévio desse documento e o pagamento prévio da primeira anuidade, nos termos do art. 7º, §§ 1º e 2º, do presente regulamento.

Parágrafo único. Para todos os Conselhos Regionais de Medicina serão uniformes as normas de processar os pedidos de inscrição, os registros e as expedições da Carteira Profissional, valendo esta como prova de identidade e cabendo ao Conselho Federal de Medicina, disciplinar, por “atos resolutórios”, a matéria constante deste artigo.

Art. 4º O pedido de inscrição a que se refere o artigo anterior, poderá ser feito por procurador quando o médico a inscrever-se não possa deslocar-se de seu local de trabalho. Nesses casos, ser-lhe-ão enviados registrados pelo Correio, por intermédio do Tabelião da comarca os documentos a serem por ele autenticados a fim de que o requerente, em presença do Tabelião, os assine e neles aponha a impressão digital do polegar da mão direita, dentro do prazo máximo de três (3) dias, devolvendo-os com a firma reconhecida ao Presidente do Conselho Regional que então autorizará a expedição da carteira e a inscrição.

Art. 5º O pedido de inscrição do médico será denegado quando:

- a) o Conselho Regional de Medicina ou, em caso de recurso, o Conselho Federal de Medicina não julgarem hábil ou considerarem insuficiente o diploma apresentado pelo requerente;
- b) nas mesmas circunstâncias da alínea precedente, não se encontrarem em perfeita ordem os documentos complementares anexados pelo interessado;
- c) não tiver sido satisfeito o pagamento relativo à taxa de inscrição correspondente.

Art. 6º Fica o médico obrigado a comunicar ao Conselho Regional de Medicina em que estiver inscrito a instalação do seu consultório ou local de trabalho profissional, assim como qualquer transferência de sede, ainda quando na mesma jurisdição.

§ 1º Quando houver mudança de sede de trabalho, bem como no caso de abandono temporário ou definitivo da profissão, obedecer-se-á às disposições dos §§ 1º, 2º, 3º e 4º do art. 18 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, pagando nova anuidade ao Conselho da Região onde passar a exercer a profissão.

CAPÍTULO II

DAS TAXAS, CARTEIRAS PROFISSIONAIS E ANUIDADES

Art. 7º Os profissionais inscritos de acordo com o que preceitua a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, ficarão obrigados ao pagamento de anuidade a serem fixadas pelo Conselho federal de Medicina.

§ 1º O pagamento da anuidade será efetuado até o dia 31 do mês de março de cada ano, salvo no primeiro ano, quando será feito na ocasião da expedição da carteira profissional do interessado.

§ 2º O pagamento de anuidades fora do prazo prescrito no parágrafo antecedente será efetuado com acréscimo de 20% (vinte por cento) da importância fixada.

Art. 8º Os profissionais inscritos na forma da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957 pagarão no ato do pedido de sua inscrição, uma taxa de inscrição fixada pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 9º Ao médico inscrito de acordo com o presente Regulamento será entregue, mediante pagamento de taxa específica de expedição de carteira profissional e fixada pela Assembléia Geral, uma carteira profissional numerada e registrada no Conselho Regional, contendo:

- a) nome por extenso;
- b) filiação;
- c) nacionalidade e naturalidade;
- d) data do nascimento;
- e) designação da Faculdade de Medicina diplomadora;
- f) número da inscrição anotada nesse Conselho Regional;
- g) data dessa mesma inscrição;
- h) retrato do médico, de frente, de 3x4cm, exibindo a data dessa fotografia;

- i) assinatura do portador;
- j) impressão digital do polegar da mão direita;
- k) data em que foi diplomado;
- l) assinaturas do Presidente e do Secretário do Conselho Regional;
- m) mínimo de três (3) folhas para vistos e anotações sobre o exercício da medicina;
- n) mínimo de três (3) folhas para anotações de elogios, impedimentos e proibições;
- o) declaração da validade da carteira como documento de identidade e de sua fé pública (art. 19º da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957);
- p) denominação do Conselho Regional respectivo.

Parágrafo único. O modelo da Carteira Profissional a que se refere o art. 18º da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, será uniforme para todo o País e fixado pelo Conselho Federal de Medicina.

CAPÍTULO III DAS PENALIDADES

Nos Processos Ético-Profissionais

Art. 10. Os processos relativos às infrações dos princípios da ética profissional deverão revestir a forma de “autos judiciais”, sendo exarados em ordem cronológica os seus pareceres e despachos.

Art. 11. As queixas ou denúncias apresentadas aos Conselhos regionais de Medicina, decalcadas em infração ético-profissional só serão recebidas quando devidamente assinadas e documentadas.

Art. 12. Recebida a queixa ou denúncia o Presidente a encaminhará a uma Comissão de Instrução, que, ordenará as providências específicas para o caso e depois de serem elas executadas, determinará, então, a intimação do médico ou da pessoal jurídica denunciados para, no prazo de trinta dias a contar da data do recebimento dessa intimação oferecer a defesa que tiver, acompanhando-a das alegações e dos documentos que julgar convenientes.

§ 1º A instrução a que se refere este artigo poderá ser feita mediante depoimento pessoal do queixoso ou denunciante, arrolamento de testemunhas, perícias e demais provas consideradas hábeis.

§ 2º A ambas as partes é facultada a representação por advogados militantes.

Art. 13. As intimações poderão processar-se pessoalmente e ser certificadas nos autos, ou por carta registrada cuja cópia será a estes anexada, juntamente com o comprovante do registro. Se a parte intimada não fôr encontrada, ou se o documento de intimação fôr devolvido pelo Correio será ela publicada por edital em Diário Oficial do Estado dos Territórios ou do Distrito Federal e em jornal de grande circulação na região.

Art. 14. Somente na Secretária do Conselho de Medicina poderão as partes ou seus procuradores ter “vista” do processo, podendo, nesta oportunidade, tomar as notas que julgarem necessárias à defesa.

Parágrafo único. É expressamente vedada a retirada de processos pelas partes ou seus procuradores, sob qualquer pretexto, da Secretaria do Conselho Regional sendo igualmente vedado lançar notas nos autos ou sublinhá-los de qualquer forma.

Art. 15. Esgotado o prazo de contestação, juntada ou não a defesa, a Secretaria do Conselho Regional remeterá o processo ao Relator designado pelo Presidente para emitir parecer.

Art. 16. Os processos atinentes à ética profissional terão, além do relator, um revisor, também designado pelo Presidente e os pareceres de ambos, sem transitarem em momento algum, pela Secretaria, só serão dados a conhecer na sessão Plenária de julgamento.

Parágrafo único. Quando estiver redigido, o parecer do relator deverá ser entregue em sessão plenária e pessoalmente, ao Presidente e este, também pessoalmente, passará o processo às mãos do revisor, respeitados os prazos regimentais.

Art. 17. As penas disciplinares aplicáveis aos infratores da ética profissional são as seguintes:

- a) advertência confidencial, em aviso reservado;
- b) censura confidencial, em aviso reservado;
- c) censura pública, em publicação oficial;
- d) suspensão do exercício profissional, até 30 (trinta) dias; e
- e) cassação do exercício profissional.

Art. 18. Da imposição de qualquer das penalidades previstas nas letras a, b, c, d e e do art. 22 da Lei número 3.268, de 30 de setembro de 1957, caberá sempre recurso de apelação para O Conselho Federal de Medicina respeitados os prazos e efeitos preestabelecidos nos seus parágrafos.

Art. 19. O recurso de apelação poderá ser interposto:

- a) por qualquer das partes;
- b) ex-officio.

Parágrafo único. O recurso de apelação será feito mediante petição e entregue na Secretária do Conselho Regional dentro do prazo de trinta (30) dias, a contar da data da cientificação ao interessado da decisão do julgamento, na forma do art. 13 dêste regulamento.

Art. 20. Depois da competente “vista” ao recorrido, que será de dez (10) dias, a contar da ciência do despacho do Presidente designará êste novo Relator para redigir a informação a ser prestada ao Conselho Federal de Medicina.

Art. 21. O recurso “ex-officio” será obrigatório nas decisões de que resultar cassação da autorização para o exercício profissional.

Art. 22. Julgado o recurso em qualquer dos casos e publicado o acórdão na forma estatuída pelo Regimento Interno do Conselho Federal de Medicina serão os autos devolvidos à instância de origem do processo, para a execução do decidido.

Art. 23. As execuções das penalidades impostas pelos Conselhos Regionais e pelo Conselho Federal de Medicina processar-se-ão na forma estabelecida pelas respectivas decisões, sendo anotadas tais penalidades na carteira profissional do médico infrator, como estatuído no § 4º do art. 18º da Lei nº 3.268, de 30-9-1957.

Parágrafo único. No caso de cassação do exercício profissional, além, dos editais e das comunicações endereçadas às autoridades interessadas no assunto, será apreendida a carteira profissional do médico infrator.

CAPÍTULO IV DAS ELEIÇÕES

Art. 24. Os Conselhos Regionais de Medicina serão instalados nas Capitais de

todos os Estados e Territórios, bem como no Distrito Federal, onde terão sede, e serão constituídos por:

- a) cinco membros, quando a região possuir até cinquenta (50) médicos inscritos;
- b) dez (10) até cento e cinquenta (150) inscrições;
- c) quinze (15), até trezentas (300); e finalmente;
- d) vinte e um (21) membros, quando houver mais de trezentas.

§ 1º Haverá para cada Conselho Regional tantos suplentes, de nacionalidade brasileira, quantos os membros efetivos que o compõem, como para o Conselho Federal, e que deverão ser eleitos na mesma ocasião dos efetivos, em cédula distinta, cabendo-lhes entrar em exercício em caso de impedimento de qualquer Conselheiro, por mais de trinta dias ou em caso de vaga, para concluírem o mandato em curso. (Renumerado do parágrafo único pelo Decreto nº 6.821, de 2009)

§ 2º Independentemente do disposto no § 1o, os Conselheiros suplentes eleitos poderão ser designados para o exercício de atividades necessárias ao funcionamento do Conselho Regional de Medicina respectivo. (Incluído pelo Decreto nº 6.821, de 2009)

Art. 25. O dia e a hora das eleições dos membros dos Conselhos Regionais serão fixados pelo Conselho Federal de Medicina, cabendo aos primeiros promover aqueles pleitos, que deverão processar-se por assembléia dos médicos inscritos na Região, mediante escrutínio secreto, entre sessenta (60) e trinta (30) dias antes do término dos mandatos e procedidos de ampla divulgação por editais nos Diários Oficiais do Estado, dos Territórios ou do Distrito Federal e em jornal de grande circulação na Região.

Art. 26. Haverá registro das chapas dos candidatos, devendo ser entregues os respectivos pedidos na secretaria de cada Conselho regional com uma antecedência de, pelo menos, dez (10) dias da data da eleição, e subscritos, no mínimo, por tantos médicos inscritos, quantos sejam numericamente os membros componentes dêsse mesmo Conselho Regional.

§ 1º O número de candidatos de cada chapa eleitoral será aquele indicado pelo art. 24 dêste Regulamento menos um, de conformidade com o disposto no art. 13 da Lei nº 3.268, de 30-9-1957.

§ 2º Nenhum candidato poderá figurar em mais de uma chapa.

§ 3º Nenhum signatário da chapa eleitoral poderá ser nela incluído.

Art. 27. O voto será pessoal e obrigatório em tôdas as eleições, salvo doença ou ausência comprovada do votante da região, devidamente justificadas.

§ 1º Votarão somente os médicos inscritos na jurisdição de cada Conselho Regional e quando provarem quitação de suas anuidades.

§ 2º Os médicos eventualmente ausentes da sede das eleições enviarão seus votos em sobrecarta dupla, opaca, fechada e remetida, sob registro pelo correio, juntamente com ofício ao Presidente do Conselho Regional e com firma reconhecida.

§ 3º As cédulas recebidas com as formalidades do parágrafo anterior serão computadas até o momento de encerrar-se a votação, sendo aberta a sobrecarta maior pelo Presidente do Conselho Regional, que, sem violar o segredo do voto, depositará a sobrecarta menor numa urna especial.

§ 4º Nas eleições, os votos serão recebidos durante, pelo menos, seis (6) horas contínuas, podendo, a critério do Conselho Regional e caso haja mais de duzentas (200) votantes determinarem-se locais diversos na cidade-sede para recebimentos de votos, quando então, deverão permanecer em cada local de votação dois (2) diretores ou médicos inscritos designados pelo presidente do Conselho.

Art. 28. Para os fins de eleição a Assembleia Geral funcionará de conformidade com o art. 25 da Lei número 3.268, de 30-9-957.

Art. 29. As eleições para os Conselhos regionais serão feitas sem discriminação de cargos, que serão providos na sua primeira sessão ordinária de conformidade com os respectivos regimentos internos.

Art. 30. As normas do processo eleitoral relativo aos Conselhos Regionais constarão de Instruções baixadas pelo Conselho Federal, de conformidade com o art. 5º letra g e art. 23 da Lei nº 3.268, de 30-9-57.

Art. 31. Por falta injustificada à eleição incorrerá o médico faltoso na multa de duzentos cruzeiros (Cr\$200,00), cobrada na reincidência.

CAPÍTULO V DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Art. 32. O Conselho Federal de Medicina será composto de dez (10) membros e

de outros tantos Suplentes, todos de nacionalidade brasileira sendo nove (9) deles eleitos por escrutínio secreto perante o próprio Conselho Federal, em assembleia dos Delegados dos Conselhos Regionais, e o restante será eleito pela Associação Médica Brasileira.

Art. 33. Cada Conselho Regional de Medicina promoverá reunião de assembleia geral para eleição de um Delegado eleitor e de seu Suplente, entre cem (100) e setenta (70) dias antes do término do mandato dos Membros do Conselho Federal de Medicina, dando ciência ao mesmo do nome do Delegado eleitor, até quinze (15) dias a contar de eleição.

Art. 34. A escolha do Delegado eleitor poderá recair em médicos residentes nas respectivas regiões ou em qualquer das outras, não lhes sendo permitido, todavia subestabelecer credenciais.

Art. 35. Haverá registro de chapas de candidatos ao Conselho Federal de Medicina mediante requerimento assinado, pelo menos, por três (3) Delegados eleitores em duas vias ao Presidente do mesmo, dentro do prazo de trinta (30) dias e amplamente divulgado pelo Diário Oficial da União e pela imprensa local.

Parágrafo único. Tendo recebido o regulamento, o Presidente do Conselho Federal de Medicina, depois de autenticar a primeira via desse documento com sua assinatura, devolverá a segunda com o competente recibo de entrega.

Art. 36. A eleição para o Conselho Federal de Medicina será realizada entre vinte e cinco (25) e quinze (15) dias antes do término do mandato dos seus Membros, devendo ser a data escolhida, comunicada aos Conselhos Regionais, com antecedência de trinta (30) dias.

Art. 37. A mesa eleitoral será constituída, pelo menos, por três (3) membros da Diretoria do Conselho Federal.

§ 1º Depois de lidas as chapas registradas, o Presidente procederá à chamada dos delegados eleitores que apresentarão suas credenciais.

§ 2º Cada delegado eleitor receberá uma sobrecarta rubricada pelo Presidente da mesa, dirigindo-se ao gabinete indevassável para encerrar as Chapas de Conselheiros efetivos e suplentes na sobrecarta que lhe foi entregue.

§ 3º Voltando do gabinete indevassável, o Delegado assinará a lista dos votantes

e, em seguida, depositará o voto na urna.

Art. 38. Terminada a votação a mesa procederá à contagem das sobrecartas existentes na urna, cujo número deverá coincidir com o dos votantes. Verificada tal coincidência, serão abertas as sobrecartas e contadas as cédulas pelos mesários designados para tal fim.

Art. 39. Caso nenhuma das chapas registradas obtenha maioria absoluta de votos no primeiro escrutínio, far-se-á imediatamente um segundo, no qual só serão sufragadas as duas chapas mais votadas.

Parágrafo único. Em caso de empate, serão repetidos tantos escrutínios, quantos sejam necessários para decidir o pleito.

Art. 40. O comparecimento dos Delegados dos Conselhos Regionais de Medicina às eleições para membros do Conselho Federal será obrigatório, aplicando-se as sanções previstas em lei nos casos de ausência injustificada.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 41. O mandato dos Membros dos Conselhos Regionais de Medicina será meramente honorífico e durará cinco (5) anos, como o dos Membros do Conselho Federal de Medicina.

Art. 42. Sempre que houver vagas em qualquer Conselho Regional e não houver suplente a convocar em número suficiente para que o Conselho funcione, processar-se-ão eleições necessárias ao preenchimento das vagas de membros efetivos e suplentes, na forma das instruções que forem baixadas pelo Conselho Federal e sob a presidência de uma diretoria, que será, segundo as eventualidades:

- I - A própria Diretoria do Conselho em questão, se ao menos os ocupantes dos cargos de Presidente, Primeiro Secretário e Terceiro coincidirem com os Conselheiros Regionais remanescentes ou com a integração de outros médicos, se o número dos diretores não fôr suficiente;
- II - Diretoria provisória designada pelo Conselho Federal, entre os Conselheiros Regionais remanescentes ou com a integração de outros médicos, se o número dos primeiros não perfizer o necessário para o preenchimento dos três cargos essenciais, mencionados no item anterior, tudo no caso de não existir nenhum

membro da Diretoria efetiva;

III - Diretoria provisória livremente designada pelo Conselho Federal, se não houver conselheiros regionais remanescentes.

Parágrafo único. Os membros efetivos e os suplentes eleitos nas condições do artigo 43 concluirão o mandato dos conselheiros que abriram vagas.

Art. 43. Os casos omissos do presente regulamento serão resolvidos pelo Conselho Federal de Medicina.

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 44. Dentro do prazo de trinta (30) dias após a aprovação do presente Regulamento, o Conselho Federal baixará instruções com uma tabela de emolumentos (anuidades, taxas de inscrição, carteiras, etc.), a serem cobradas pelos Conselhos Regionais de todo o país.

Art. 45. A exigência da apresentação da carteira profissional do médico, assim como a obrigatoriedade de indicar no seu receituário o respectivo número de sua carteira dos Conselhos Regionais, só se tornarão efetivos a partir de cento e oitenta (180) dias depois da publicação do presente Regulamento.

Art. 46. Os Conselhos Regionais de Medicina providenciarão a feitura ou a reforma de seus Regimentos Internos de conformidade com a Lei nº 3.268, de 30-9-1957.

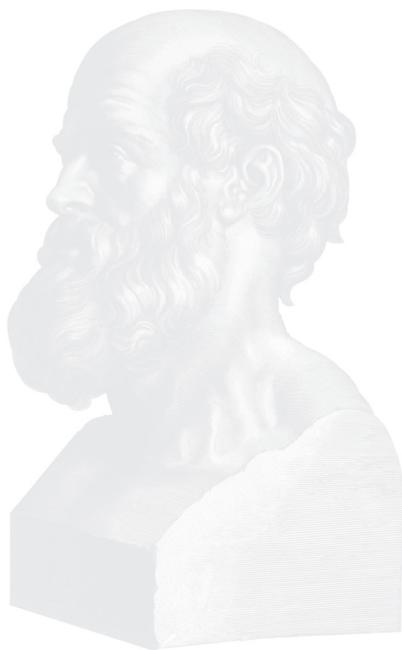
LEI Nº 6.839, DE 30 DE OUTUBRO DE 1980.

Dispõe sobre o registro de empresas nas entidades fiscalizadoras do exercício de profissões.

Art. 1º O registro de empresas e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas encarregados, serão obrigatórios nas entidades competentes para a fiscalização do exercício das diversas profissões, em razão da atividade básica ou em relação àquela pela qual prestem serviços a terceiros.

7.

Instalações de Clínicas e Hospitais



"(...) Em toda a casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário e de toda a sedução sobretudo longe dos prazeres do amor, com as mulheres ou com os homens livres ou escravizados.(...)"

O Sistema de Vigilância Sanitária do País funciona nas três esferas de governo. Cabe a esfera federal a normalização e a fiscalização somente de portos, aeroportos e fronteiras e algumas empresas que fabricam produtos para a saúde. Aos governos estaduais e municipais, cabe a normalização complementar e a fiscalização propriamente dita. Portanto, a fiscalização, análise e a aprovação de projetos de qualquer estabelecimento de saúde são feitas pelas vigilâncias sanitárias das secretarias estaduais ou municipais de saúde (isto varia de estado para estado e de município para município, a depender a estrutura administrativa e da disponibilidade técnica destes).

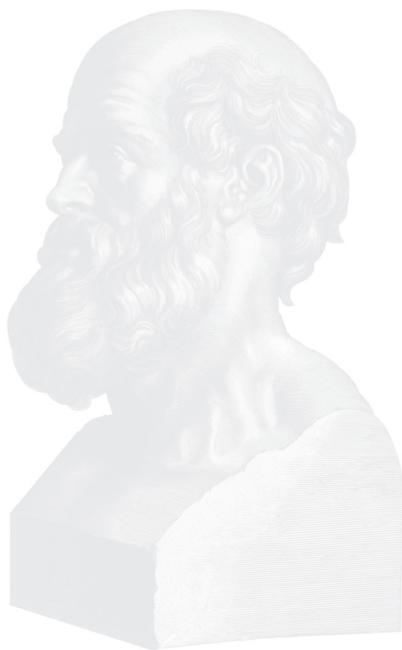
O 1º ato de vigilância é justamente a aprovação de projetos, que deve ser feita antes da obra ser iniciada ou antes da empresa entrar em funcionamento. Este é um pré-requisito para se retirar o alvará sanitário.

A norma que regulamenta todos os projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS), inclusive consultórios, é a **Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**, que "Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, alterada pelas **Resoluções - RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002, nº 189, de 18 de julho de 2003 e nº 51, de 06 de outubro de 2011**.

Consulte as resoluções na íntegra: http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm

Dúvidas sobre assuntos pertinentes à Vigilância Sanitária podem ser esclarecidas no site www.anvisa.gov.br/faqdinamica/, como por exemplo, orientação sobre pagamento de taxas, fiscalização de alimentos, instalações de UTI em hospitais e registro de produtos saneantes.

Referências



" (...) Àquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto. (...) "

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto Lei nº 44.045, de 19 de julho de 1958. Aprova o Regulamento do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Medicina ... **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 25 jul. 1958, Seção 1, p. 16642.

_____. Decreto n.º 20.931, de 11 de janeiro de 1932. Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas. **Diário Oficial da União**, [s.], n. 12, 15 jan. 1932. p. 885-7.

_____. Lei Federal nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 11 jul. 2013.

_____. Lei federal nº 12.984, de 2 de junho de 2014. Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de AIDS. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 3 jun. 2014, Seção 1, p.3

_____. Lei Federal nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961. Altera o salário-mínimo dos médicos e cirurgiões dentistas. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 21 dez. 1961.

_____. Lei Federal nº 6.839, de 30 de outubro de 1980. Dispõe sobre o registro de empresas nas entidades fiscalizadoras do exercício de profissões. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 03 nov. 2011, Seção , p. 21.881.

_____. Lei Federal no 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 01 out. 1957, Seção 1, p. 23013.

_____. Lei Federal nº 6.932, de 07 de Julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 9 jul. 1981, p. 12789.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.338, de 03 de outubro de 2011. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 4 out. 2011. Seção 1, p.28-29.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra-crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Unido de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 27 nov. 2001. Seção 1, p. 31.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002. Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, Considerando que a área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 20 jun. de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/>> Acesso em: 18 jun. de 2015.

_____. Portaria Interministerial nº 134, de 04 de abril de 2011. O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições, Considerando que o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) é instrumento essencial de gerenciamento e gestão utilizado para o direcionamento das ações... **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 4 abr. 2011, Seção I, p. 41-42.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Recomendação nº 1, de 09 de agosto de 2012. Recomenda-se que o a realização do parto ocorra em ambiente hospitalar de forma preferencial por ser mais segura. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_resolucoes&Itemid=36> Acesso em: 23 jun. de 2015.

_____. Resolução nº 1.980, 7 de dezembro de 2011. Fixa regras para cadastro, registro, responsabilidade técnica e cancelamento para as pessoas jurídicas, revoga a Resolução CFM nº 1.971, 11 de julho de 2011 e dá outras providências **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 13 dez. 2011, Seção 1, p.225-226.

_____. Recomendação nº 3, de 28 de março de 2014. Recomendar aos profissionais médicos e instituições de tratamento médico, clínico, ambulatorial ou hospitalar no sentido de: a) fornecerem, quando solicitados pelo cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, os prontuários médicos do paciente falecido. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24623&Itemid=524>. Acesso em: 22 de jun. de 2015.

_____. Recomendação nº 4, 5 de junho de 2014. Recomendar que os profissionais médicos e os diretores técnicos das instituições de tratamento médico, ambulatorial ou hospitalar, ao atenderem uma criança, fiquem atentos a procedimentos que auxiliem na busca por crianças desaparecidas. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_resolucoes&Itemid=36>. Acesso em: 25 jun. de 2015.

_____. Recomendação nº 6, de 30 de setembro de 2014. Recomendar que em todos os níveis de atendimento à saúde sejam estabelecidos protocolos assistenciais para o

reconhecimento precoce e o tratamento de pacientes com sepse. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_resolucoes&Itemid=36> Acesso em: 25 jun. de 2015.

_____. Resolução nº 1.642, DE 7 DE AGOSTO DE 2002 As empresas que atuam sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços médicos devem estar registradas nos Conselhos Regionais de Medicina de sua respectiva da jurisdição... **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 26 ago. 2002, Seção 1, p. 204-205

_____. Resolução nº 1.231, de 10 de outubro de 1986. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 13 nov. 1986, Seção 1, p. 16.976.

_____. Resolução nº 1.236, de 14 de março de 1987. Os estabelecimentos de saúde destinados ao exercício da medicina física e reabilitação estão obrigados a inscrever-se exclusivamente nos Conselhos Regionais de Medicina, conforme determina a lei n.º 6.839/80. **Revista de Resoluções do CFM**, v. 13, out./1984 - jan./1989.

_____. Resolução nº 1.342, de 08 de março de 1991. Dispõe das atribuições do Diretor Técnico e do Diretor Clínico. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 16 mar. 1991, Seção 1, p.7014.

_____. Resolução nº 1.352, 17 janeiro de 1992. Revoga o "caput" do art. 5º da Resolução CFM nº 1.342/91, que estabelece normas para direção técnica e direção clínica. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 28 jan. 1992. Seção 1, p. 1086.

_____. Resolução nº 1.451, de 10 de março de 1995. Estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência-emergência, nos Pronto Socorros Públicos e Privados. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 17 mar. 1995, Seção 1, p. 3666.

_____. Resolução nº 1.590, DE 15 DE DEZEMBRO DE 1999. É obrigatório o registro, junto ao Conselho Regional de Medicina competente, das operadoras de planos de saúde e de medicina de grupo. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 22 dez. 1999, Seção 1, p. 275.

_____. Resolução nº 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 09 ago. 2002, Seção 1, p. 184-185.

_____. Resolução nº 1.641, de 12 de julho de 2002. Veda a emissão, pelo médico, de Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissional não-médico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 29 jul. 2002, Seção 1, p. 229.

_____. Resolução nº 1.650, de 6 de novembro de 2002. Estabelece normas de

comportamento a serem adotadas pelos estabelecimentos de assistência médica, em relação a estudantes de Medicina oriundos de universidades estrangeiras. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 02 dez. 2002, Seção I, p. 80.

_____. Resolução nº 1.653, de 6 de novembro de 2002. Demonstrações Cirúrgicas ao Vivo. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 02 dez. 2002. Seção 1, p. 81.

_____. Resolução nº 1.657, de 11 de dezembro de 2002. Estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 20 dez. 2002, Seção I, p. 421-422.

_____. Resolução nº 1.665, de 07 de maio de 2003. Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes portadores do vírus da SIDA (AIDS) e soropositivos. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 3 jun. 2003, Seção 1, p. 83-84

_____. Resolução nº 1.671, de 09 de julho de 2003. Dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 29 jul. 2003. Seção 1, p. 75-78.

_____. Resolução nº 1.672, de 09 de julho de 2003. Dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 29 jul. 2003, Seção 1, p. 78.

_____. Resolução nº 1.722, DE 18 DE JUNHO DE 2004 Veda aos médicos prestarem serviços a planos de saúde que não tenham inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina. Os contratos de prestação de serviços a planos de saúde devem ter a assinatura dos diretores técnicos dos hospitais e dos próprios planos. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 17 ago. 2004, Seção 1, p. 76

_____. Resolução nº 1.779, 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 05 dez. 2005, Seção 1, p. 121.

_____. Resolução nº 1.812, 11 de janeiro de 2007. Altera o art. 6º da Resolução CFM nº 1.657/2002, de 11 de dezembro de 2002, publicada em 20 de dezembro de 2002, que estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 27 fev. 2007, Seção I, pág. 39.

_____. Resolução nº 1.821, de 11 de julho de 2007. Aprova as normas técnicas

concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 23 nov. 2007, Seção 1, p. 252.

_____. Resolução nº 1.931, de 17 de dezembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009, Seção 1, p. 90.

_____. Resolução nº 1.974, de 14 de julho de 2011. Estabelece os critérios norteadores da propaganda em Medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 19 ago. 2011, Seção I, p.241-244.

_____. Resolução nº 1.980, de 07 de dezembro de 2011. Fixa regras para cadastro, registro, responsabilidade técnica e cancelamento para as pessoas jurídicas, revoga a Resolução CFM nº 1.971. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 13 dez. 2011, Seção 1, p.225-226.

_____. Resolução nº 1481, de 08 de agosto de 1997. Determina que as instituições prestadoras de serviços de assistência médica no País deverão adotar nos seus Regimentos Internos do Corpo Clínico as diretrizes desta Resolução. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 08 set. 1997. p. 19.802.

_____. Resolução nº 1493, de 15 de maio de 1998. Determina ao Diretor Clínico do estabelecimento de saúde que tome providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta e que assegure previamente as condições para a realização do ato médico nas cirurgias eletivas. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 20 maio 1998, Seção 1, p. 106.

_____. Resolução nº 1672, de 09 de julho de 2003. Dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 29 jul. 2003. Seção 1, p. 78.

_____. Resolução nº 2.007, de 10 de Janeiro de 2013. Dispõe sobre a exigência de título de especialista para ocupar o cargo de diretor técnico, supervisor, coordenador, chefe ou responsável médico dos serviços assistenciais especializados. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 fev. 2013, Seção 1, p.200.

_____. Resolução nº 2.056, de 20 de setembro de 2013. Disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento... **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 12 nov. 2013, Seção 1, p. 162-3.

_____. Resolução nº 2.057, de 20 de setembro de 2013. Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica... **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 12 nov. 2013, Seção 1, p. 165-171.

_____. Resolução nº 2072, de 27 de março de 2014. Veda o trabalho, em hospitais, de médicos sem inscrição no CRM da respectiva circunscrição. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 08 abr. 2014, Seção 1, p. 101.

_____. Resolução nº 663, de 28 de fevereiro de 1975. Determina que os Médicos mantenham permanente supervisão dos procedimentos realizados por estudantes de medicina no trato com os doentes.. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 12 ago. 1975, Seção 1, Parte 2.

_____. Resolução nº 997, 23 de maio de 1980. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 24 jun. 1980. Seção 1.

_____. Resolução nº CFM nº 1.819, de 17 mai. de 2007. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 22 maio 2007, Seção I, pg. 71.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Resolução nº 209, de 09 de Setembro de 2005. Padroniza a denominação do médico em função de Direção Técnica, no âmbito do CREMERJ. **Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, RJ, 28 set. 2005, Parte 5, p. 6.

_____. Resolução nº 121, de 25 de março de 1998. **Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, RJ, 01 de jun. 1998, Parte 5, p. 13.

_____. Resolução nº 160, de 25 de outubro de 2000. Dispõe sobre a responsabilidade do diretor técnico em relação aos integrantes da equipe Multidisciplinar, na Assistência Materno-Infantil. **Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, RJ, 10 nov. 2000, Parte 5, p. 8.

_____. Resolução nº 17, de 27 de maio de 1987. Estabelece normas gerais que orientam os procedimentos médicos nas diferentes modalidades de atendimento. **Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, RJ.

_____. Resolução nº 192, de 02 de abril de 2003. Dispõe sobre as "Normas Éticas e Técnicas para a Assistência em Estabelecimento Asilar", tais como casa de repouso, clínica geriátrica, abrigo e outras instituições, destinadas ao atendimento de idosos. **Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, RJ, 21 maio 2003, Parte V, p. 14.

_____. Resolução nº 158, 25 de outubro de 2000. Dispõe sobre os requisitos a serem

atendidos pelas unidades de saúde que oferecem estágio aos estudantes de Medicina, cria a figura do médico acompanhador. **Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ**, em 10 de novembro de 2000. Parte 5.

_____. Resolução nº 24, de 27 de fevereiro de 1989. Dispõe sobre a responsabilidade ética nas instituições médicas. **Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ**, 09 mar. 1989. Parte V, p. 20.

_____. Resolução nº 02, de 09 de maio de 1984. Cria Comissões de Ética em todos os estabelecimentos hospitalares e em outras pessoas jurídicas que exerçam a Medicina através de eleições diretas, sob a supervisão do CREMERJ. **Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ**.

_____. Resolução nº 03, de 1984. Regulamenta a Resolução CREMERJ nº 02/84 e cria normas para a organização, funcionamento e eleição das Comissões de Ética Médica.

_____. Resolução nº 83, de 11 de janeiro de 1995. Obriga a criação de Comissões de Infecção Hospitalar, em todos os estabelecimentos hospitalares. **Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ**, 19 jan. 1995, Parte 5.

_____. Resolução nº 40, de 07 de fevereiro de 1992. Dispõe sobre a Comissão de Revisão de Óbito em estabelecimentos hospitalares. **Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ**, 08 abr. 1992, Seção 1, p. 4454.

_____. Resolução nº 41, de 07 de fevereiro de 1992. Dispõe sobre a Comissão de Revisão de Prontuários. **Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF**, 08 abr. 1992, Seção 1, p. 4454.

_____. Resolução nº 115, 13 de agosto de 1997. Institui, em toda Unidade Assistencial de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, que efetue internações psiquiátricas, a Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica, cuja composição deverá receber Certificado de Registro do CREMERJ. **Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ**, 05 set. 1997, Parte V, p. 7.

_____. Resolução nº 23/1988 Institui a Certidão de Anotação de Responsabilidade Técnica (CART) e estabelece normas a serem seguidas pelos estabelecimentos de saúde **Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ**, 01 fev. 1989, Parte V, p. 11

_____. Resolução nº 80, 16 de dezembro de 1994 Obriga o registro no CREMERJ, com a indicação de um Responsável Técnico, das empresas com atividades de transporte de pacientes. **Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ**, do Estado do Rio de Janeiro em 19/01/1995.

_____. Resolução nº 120, de 04 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre a obrigatoriedade

de inscrição no CREMERJ de todas as firmas terceirizadas de prestação de serviços médicos, ainda que atuem em estabelecimentos de saúde já registrada neste Conselho. **Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, RJ, 01 jun. 1998, Parte 5.

_____. Resolução nº 81, de 16 de dezembro de 1994. Obriga o registro no CREMERJ, com a indicação de um Responsável Técnico, dos estabelecimentos de prestação, direta ou indireta, de serviços médicos. **Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, RJ, 19 jan. 1995, Parte 5.

_____. Resolução nº 186, de 08 de janeiro de 2003. Dispõe sobre o registro e acerca das chefias de Setores das Unidades Assistenciais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. **Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, RJ, 16 jan. 2003, Parte 5, p. 8.

_____. Resolução nº 213, de 09 de janeiro de 2006. Dispõe sobre a Obrigatoriedade de identificação do profissional médico em todas unidades de saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, RJ, 19 jan. 2006, Parte 5, p. 11.

_____. Resolução nº 35, de 27 de fevereiro de 1991. Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes com AIDS e soropositivos. **Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, RJ.

_____. Resolução nº 160, de 25 de outubro de 2000. Dispõe sobre a responsabilidade do diretor técnico em relação aos integrantes da equipe multidisciplinar, na Assistência Materno-Infantil. **Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, RJ, 10 nov. 2000, Parte 5, p. 8.

_____. Resolução nº 122, de 25 de março de 1998. Estabelece critérios mínimos que as Unidades de Saúde devem obedecer para a prestação de Serviços de Assistência Pré-Natal. **Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, RJ, 01 jun. 1998, Parte 5.

_____. Resolução nº 123, de 25 de março de 1998. Estabelece critérios mínimos que as Unidades de Saúde devem obedecer para a prestação de Serviços de Assistência Perinatal. **Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, RJ, 01 jun. 1998, Parte 5.

_____. Resolução nº 160, de 25 de outubro de 2000. Dispõe sobre a responsabilidade do diretor técnico em relação aos integrantes da equipe multidisciplinar, na Assistência Materno-Infantil. **Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, RJ, 10 nov. 2000, Parte 5, p. 8.

_____. Resolução nº158, de 25 de outubro de 2000. Dispõe sobre os requisitos

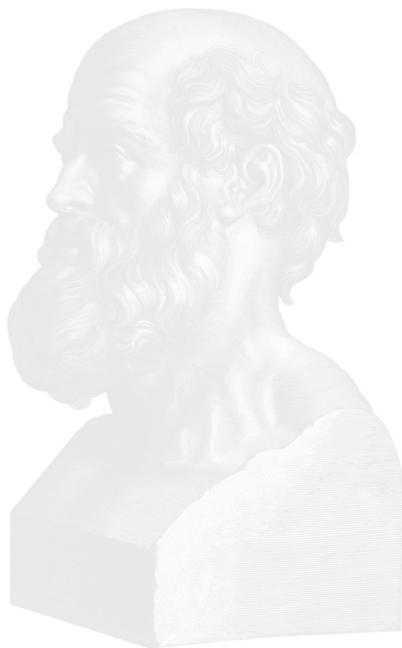
a serem atendidos pelas unidades de saúde que oferecem estágio aos estudantes de Medicina, cria a figura do médico acompanhador. **Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, 10 nov. 2000, Parte 5.

_____. Resolução nº 247, de 28 de janeiro de 2009. Dispõe sobre a instituição do Cadastro do Estudante de Medicina e da Carteira do Interno de Medicina (CIM). **Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, 26 fev. 2009, Parte 5, p. 10.

_____. Resolução nº 100, de 18 de março de 1996. Estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência-emergência, nos Pronto Socorros Públicos e Privados. **Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, RJ, 17 mar. 1995, Seção 1, p. 3666.

_____. Resolução nº 222, de 02 de outubro de 2006. Normatiza o atendimento médico na porta de entrada dos serviços de emergência. **Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, 01 nov. 2006, Parte 5, p. 7-8. FRANÇA, Genival Veloso de. Comentários ao código de ética médica. 6. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

Índice



" (...) Se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele me afastar ou infringir, o contrário aconteça.(...)"

Hipócrates

ÍNDICE POR ASSUNTO

A

AIDS, p.70

AMBULÂNCIAS, p. 105,

ANESTESIOLOGIA, p.23, 30

ANUIDADE, p.121, 146,

ATENDIMENTO

- Asilar, p.27
- Materno-infantil, p. 26; 73
- Médico-hospitalar, p.23
- Normas gerais, p.23
- Perinatal, p.81
- Pré-natal, p.72

ATESTADO DE ÓBITO, p.84

ATO MÉDICO, p.22; 25

C

CARGO, Instituição do, p. 10

CERTIDÃO DE ANOTAÇÃO DE
RESPONSABILIDADE TÉCNICA (CART), p.55

CNES, p. 64

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE
DOENÇAS (Cid), p. 30

CIRURGIAS, p. 26

CÓDIGO DE ÉTICA, p. 18

COMISSÃO

- Controle de infecção hospitalar, p.39

- De ética médica, p.34;38

- De revisão de óbito p.40

- De revisão de prontuários.p.40

- Revisora de internação psiquiátrica, p.46

- De bioética, p.8

COSELHOS DE MEDICINA

- Legislação, p. 110

CONSULTA MÉDICA, p. 23

CORPO CLÍNICO, p. 16

CRIANÇA E ADOLESCENTE, p. 88

D

DIRETOR TÉCNICO

- Afastamento, p. 15

- Atribuições, p. 13

- Definição, p. 10

- Limite, p. 11

DIRETOR CLÍNICO

- Atribuição, p. 15

- Limite, p. 11

DIREITOS DOS MÉDICOS, p.19

E

ELEIÇÕES, p.126

EMERGÊNCIA ver Urgência e Emergência

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

- Funcionamento, p. 10

• Instalação, p. 132

• Regimento Interno, p. 16; 24

• Responsabilidade, p. 28

ESTÁGIO, p. 37;89

ESTUDANTES DE MEDICINA, p. 89

EXAMES MÉDICOS COMPLEMENTARES p.25; 28

F

FIRMAS TERCEIRIZADAS, p. 55

FISCALIZAÇÃO, p. 12; 92

G

GERENCIAMENTO ELETRÔNICO DE DOCUMENTOS (GED), p. 43

H

HOSPITAIS ver Estabelecimentos de Saúde

I

IDOSO, p. 27

INSCRIÇÃO E REGISTRO

• Pessoa Física, p. 52

• Pessoa Jurídica, p. 53

INTERNAÇÃO HOSPITALAR, p.26; 30;

INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA, p. 46

J

JORNADA DE TRABALHO, p 24

M

MÉDICO ACOMPANHADOR, p. 90

MÉDICO ASSISTENTE, p. 26

MÉDICO RESIDENTE p. 94

O

OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE, p56

P

PLANOS DE SAÚDE, p. 29

PLANTÃO MÉDICO, p. 19

PROCEDIMENTOS MÉDICOS, p.23

PRONTUÁRIO MÉDICO, p. 43; 45

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO, p. 43

PUBLICIDADE MÉDICA, p.22

R

REMOÇÃO DE PACIENTES, p.105

RESIDÊNCIA MÉDICA ver Médico Residente

RESPONSABILIDADE ÉTICA, p. 19

RESPONSABILIDADE TÉCNICA,
p. 59; 62; 209

S

SEPSÊ p. 100

SIGILO PROFISSIONAL p. 21

T

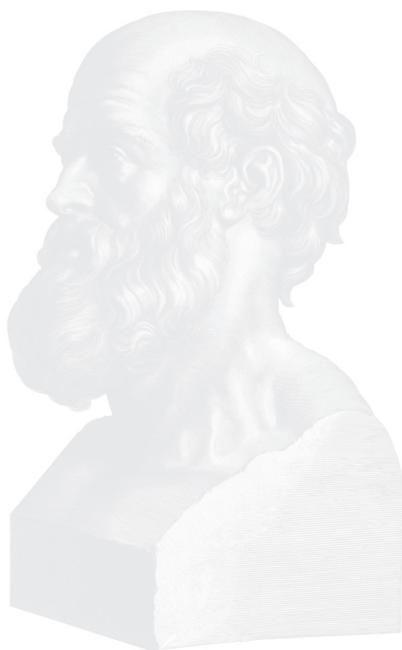
TÍTULO DE ESPECIALISTA, p. 12

TRANSPORTE DE PACIENTE, p.54

U

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS, p. 101-108

Orientações e endereços



ENDEREÇO

Mantenha atualizados os seus dados cadastrais junto ao Cremerj possibilitando, assim, receber regularmente jornais, comunicados e outros informes.

ANUIDADE

A anuidade é estipulada pelo Conselho Federal de Medicina e deve ser paga até 31 de março de cada exercício. Se o médico não receber o boleto bancário pelos Correios deve entrar em contato com o Cremerj nesse período ou poderá acessá-lo eletronicamente, com o conforto e a segurança da Internet.

MODALIDADES E INSCRIÇÕES

Primária ou Definitiva: Registro em apenas um Conselho. É a primeira inscrição que o médico faz logo após a sua formatura; ou aquela que é originária de um processo de transferência. Neste caso, recolhe a anuidade somente no Estado correspondente.

Secundária: Registro concedido a médico originário de outro CRM e que pretenda manter sua inscrição no CRM de origem. O médico poderá manter quantas inscrições secundárias desejar e deverá pagar as anuidades em todos os Conselhos onde estiver inscrito.

Transferência: Mudança definitiva de um Estado para outro. Registro concedido a médico vindo de outro Estado onde já possui uma inscrição, e que pretenda atuar apenas no Estado do Rio de Janeiro cancelando a inscrição no CRM de origem.

Reinscrição: Concedido ao médico que já solicitou o cancelamento de sua inscrição no Cremerj, mas que pretende voltar a exercer a medicina no Estado do Rio de Janeiro. São três as modalidades de reinscrição:

- a) **Simplex** (médico retorna ao Cremerj, após ter ficado um período com o registro inativo).
- b) **Por transferência** (médico retorna ao Cremerj, que era o seu CRM de origem, cancelando a sua inscrição no CRM para o qual foi transferido).

c) **Secundária** (médico retorna ao Cremerj, que era o seu CRM de origem, mas manterá a inscrição no CRM para o qual foi transferido).

MÉDICO MILITAR

Nos termos da Lei Federal nº 6.681/79, poderá requerer a isenção do pagamento da anuidade até o dia 28 de fevereiro de cada ano desde que o médico comprove, por meio de declaração expedida pela unidade em que está servindo, que presta serviços exclusivamente às Forças Armadas. (modelo no site)

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

Nas seguintes condições: Aposentadoria, doença, viagem ao exterior por período prolongado, motivos de ordem particular, etc.

Procedimento: Deverá formalizar o pedido por escrito encaminhando a Carteira Profissional de médico e a Cédula de Identidade Médica. É necessário que esteja quite com a anuidade do Cremerj. A qualquer momento poderá se reinscrever, mantendo o mesmo número de registro. Este número de registro é vitalício.

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA

Na hipótese de retornar ao Estado de origem, o cancelamento da inscrição deve ser solicitado para evitar que incida cobrança de anuidade.

ISENÇÃO DE PAGAMENTO DA ANUIDADE PARA MÉDICOS MAIS DE 70 ANOS

A Resolução CREMERJ nº 88/1995, de 17/05/1995, isenta do pagamento da anuidade os médicos com mais de 70 anos de idade.

EXTRAVIO DE DOCUMENTOS

Sempre que houver furto ou extravio de documentos, receituário e carimbo é recomendável que o médico (vítima) compareça na Delegacia de Polícia, onde

será lavrado Boletim de Ocorrência (B.O.) com a posterior comunicação do fato ao CREMERJ (carta acompanhada de fotocópia do B. O.). Com a apresentação do Boletim de Ocorrência não será cobrada taxa para emissão de nova carteira.

SECCIONAIS E SUBSEDES

Dado a necessidade de descentralização das atividades do Cremerj e visando facilitar o atendimento ao médico, foram criadas as Seccionais Municipais no interior do Estado e as Subsedes em Regiões da Capital, as quais poderão instruir e resolver problemas sem que haja a necessidade do deslocamento até a Sede-Capital.

Em caso de dúvidas mantenha contato telefônico com o Cremerj através dos canais disponíveis.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Praia de Botafogo, nº 228 – Centro Empresarial Rio
Botafogo – Rio de Janeiro – RJ | CEP: 22250-145
Tel.: (21) 3184-7050 | Fax: (21) 3184-7120
Homepage: www.cremerj.org.br | e-mail: protocrm@crm-rj.gov.br
Horário de funcionamento: de segunda a sexta, de 09 às 18 horas

CPEDOC – Centro de Pesquisa e Documentação

Atendimento: de segunda a sexta, de 09 às 18 horas
E-mail: cpedoc@crm-rj.gov.br
Tel: (21) 3184-7050 Opção: 3 / Tel /Ramais (21) 3184-7181/ 7186/7191/7231

CENTRAL DE RELACIONAMENTO

Atendimento: de segunda a sexta, de 09 às 18 horas
E-mail: centraderelacionamento@crm-rj.gov.br
Tel: (21) 3184-7050 Opção: 4

OUIDORIA

Atendimento: de segunda a sexta, de 09 às 18 horas
E-mail: ouvidoria@crm-rj.gov.br
Tel: (21) 3184-7268

SUBSEDES E SECCIONAIS

SUBSEDE BARRA DA TIJUCA

Av. das Américas, nº 3.555
loja 226 - Bloco 1
Shopping Barra Square - Barra da Tijuca
CEP: 22631-003 - Rio de Janeiro/RJ
Tel.: (21)2432-8987
e-mail: barradatijuca@crm-rj.gov.br

SUBSEDE CAMPO GRANDE

Av. Cesário de Melo, nº 2.623/ sala 302
Centro Empresarial Campo Grande -
Campo Grande
CEP: 23052-102 - Rio de Janeiro/RJ
Tel.: (21)2413-8623
e-mail: campogrande@crm-rj.gov.br

SUBSEDE DA ILHA DO GOVERNADOR

Estrada do Galeão, nº 826 - Loja 110
Shopping Golden Ilha
Ilha do Governador
CEP: 21931-630 - Rio de Janeiro/RJ
Tel.: (21)2467-0930
e-mail: ilha@crm-rj.gov.br

SUBSEDE JACAREPAGUÁ

Av. Nelson Cardoso, nº 1149/ sala 608
Taquara - Jacarepaguá
CEP: 22730-001 - Rio de Janeiro/RJ
Tel: (21)3347-1065
e-mail: jacarapagua@crm-rj.gov.br

SUBSEDE MADUREIRA

Estrada do Portela, nº 29/ sala 302 -
Madureira
CEP: 21351-050 - Rio de Janeiro/RJ
Telefax: (21)2452-4531
e-mail: madureira@crm-rj.gov.br

SUBSEDE MÉIER

Rua Dias da Cruz, nº 188
loja 219 - Méier - CEP: 20720-012
Rio de Janeiro/RJ
Telefax: (21)2596-0291
e-mail: meier@crm-rj.gov.br

SUBSEDE TIJUCA

Praça Saens Pena, nº 45
sala 324 - Tijuca
CEP: 20520-100 - Rio de Janeiro/RJ
Telefax: (21)2565-5517
e-mail: tijuca@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE ANGRA DOS REIS

Rua Professor Lima, nº 160
salas 506 e 507
Ed. Paço dos Profissionais - Centro
CEP: 23900-000 - Angra dos Reis/RJ
Telefax: (24)3365-0330 / 3365-0793
e-mail: angra@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE BARRA DO PIRAÍ

Rua Tiradentes, nº 50 - sala 401 - Centro
CEP: 27135-500 - Barra do Piraí/RJ
Tel.: (24)2442-7053
e-mail: barradopirai@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE BARRA MANSA

Rua Pinto Ribeiro, nº 103 - Centro
CEP: 27310-420 - Barra Mansa/RJ
Tel.: (24)3322-3621
e-mail: barramansa@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE CABO FRIO

Av. Julia Kubitschek, nº 39/ sala 111 - Jardim Riviera
CEP: 28905-000 - Cabo Frio/RJ
Telefax: (22)2643-3594
e-mail: cabofrio@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE CAMPOS

Praça Santíssimo Salvador, nº 41/ sala 1405
CEP: 28010-000 – Campos dos Goytacazes/RJ
Telefax: (22)2722-1593 / 2723-0924
e-mail: campos@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS

Rua Marechal Deodoro, nº 557/ salas 309 e 310 - 25 de Agosto
CEP: 25071-190 – Duque de Caxias/RJ
Tel.: (21)2671-0640
e-mail: caxias@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE ITAPERUNA

Rua Dez de Maio, nº 626 sala 406 - Centro
CEP: 28300-000 - Itaperuna/RJ
Telefax.: (22)3824-4565
e-mail: itaperuna@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE MACAÉ

Rua Dr. Luiz Belegard, nº 68 sala 103 – Centro
CEP: 27913-160 Macaé/RJ
Tel.: (22)2772-0535
e-mail: macae@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE NITERÓI

Rua Cel. Moreira César, nº 160/ salas 1209 e 1210 - Icaraí
CEP: 24230-062 - Niterói/RJ
Telefax.: (21)2620-9952/2717-3177
e-mail: niteroi@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE NOVA FRIBURGO

Rua Luiza Engert, nº 01 salas 202 e 203 - Centro
CEP: 28610-070 Nova Friburgo/RJ
Telefax: (22)2522-1778
e-mail: friburgo@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE NOVA IGUAÇU

Rua Dr. Paulo Fróes Machado, nº 88/ salas 201 a 203 - Centro
CEP: 26255-172 - Nova Iguaçu/RJ
Telefax: (21)2667-4343
e-mail: novaiguacu@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE PETRÓPOLIS

Rua Doutor Alencar Lima, nº 35/ salas 1.208 a 1.210 - Centro
CEP: 25620-050 - Petrópolis/RJ
Telefax: (24)2243-4373
e-mail: petropolis@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE RESENDE

Rua Guilhot Rodrigues, nº 145/ sala 405 - Bairro Comercial
CEP: 27542-040 - Resende/RJ
Tel.: (24)3354-3932
e-mail: resende@crm-rj.gov.br

**SECCIONAL MUNICIPAL DE
SÃO GONÇALO**

Rua Coronel Serrado, nº 1000/ salas
907 e 908 – Zé Garoto
CEP: 24440-000 - São Gonçalo/RJ
Tel.: (21)2605-1220
e-mail: saogoncalo@crm-rj.gov.br

**SECCIONAL MUNICIPAL
DE TERESÓPOLIS**

Av. Lúcio Meira, nº 670/ sala 516
Shopping Várzea - Centro
CEP: 25953-009 - Teresópolis/RJ
Tel.: (21)2643-3626
e-mail: teresopolis@crm-rj.gov.br

SECCIONAL DE TRÊS RIOS

Rua Prefeito Joaquim José Ferreira,
nº 14, sala 207 - Centro
CEP: 25804-020
Três Rios/RJ
Telefax: (24)2252-4665
e-mail: tresrios@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE VALENÇA

Rua Padre Luna, nº 99
sala 203 - Centro
CEP: 27600-000 - Valença/RJ
Telefax: (24)2453-4189
e-mail: valenca@crm-rj.gov.br

**SECCIONAL MUNICIPAL DE
VASSOURAS**

Av. Expedicionário Oswaldo de Almeida
Ramos, nº 52/Sala 203
Centro – CEP: 27700-000
Vassouras/RJ
Telefax: (24)2471-3266
e-mail: vassouras@crm-rj.gov.br

**SECCIONAL MUNICIPAL DE VOLTA
REDONDA**

Rua Vinte, nº 13/ sala 101
Vila Santa Cecília
CEP: 27260-290 - Volta Redonda/RJ
Telefax: (24)3348-0577
e-mail: voltaredonda@crm-rj.gov.br

ENDEREÇOS E TELEFONES ÚTEIS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Esplanada dos Ministérios

Bloco G - Brasília/DF

CEP: 70.058-900

Tel.: (61) 3315-2425

Site: <http://www.saude.gov.br>

DISQUE SAÚDE: 0800 61 1997

CFM - Conselho Federal de Medicina

SGAS 915 Lote 72 - Brasília/DF

CEP: 70.390-150

Tel.: (61) 3445-5900

Fax: (61) 3346-0231

Site: www.portalmédico.org.br

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

SEPN 515, Bloco B, Ed. Ômega

Brasília (DF) – CEP 70770-502

Telefone Geral: (61) 3448-1000

Site: <http://www.anvisa.gov.br/>

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – RJ

Rua México, nº 128 - 5º andar

Tel.: (21) 2240-2768/

2224-2868/ 2240-2275

Site: <http://www.saude.rj.gov.br/>

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – RJ

Rua Afonso Cavalcanti, nº 455 - 8º andar

Tel.: (21) 2503-2280/2503-2239

Site: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/>

VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL

Rua do Lavradio, 180 - Centro

Site: www.rio.rj.gov.br/vigilanciasanitaria

E-mail: ouvidovisa@pcrj.rj.gov.br

Engenharia Sanitária e Ambiental:

2224-2200

Setor de Saúde: 2215-0687

Setor de Alimentos: 2215-0686

Educação Sanitária: 2215-0689

Reclamações/Denúncias:

2503-2280/2215-0690



