



MANUAL DO DIRETOR TÉCNICO

Diretoria
Fev. 2017 a Set. 2018

Presidente – Nelson Nahon
Vice-Presidente – Renato Brito de Alencastro Graça
Segundo Vice-Presidente – Serafim Ferreira Borges
Diretor Secretário Geral – Gil Simões Batista
Diretora Primeira Secretária – Ana Maria Correia Cabral
Diretor Segundo Secretário – Olavo Guilherme Marassi Filho
Diretora Tesoureira – Erika Monteiro Reis
Diretora Primeira Tesoureira – Marília de Abreu Silva
Diretora de Sede e Patrimônio – Ilza Boeira Fellows
Corregedor – Marcos Botelho da Fonseca Lima
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 (*in memorian*), Armino Fernando Mendes Correia da Costa, Carlos Cleverton Lopes Pereira, Carlos Enaldo de Araujo Pacheco, Carlos Eugenio Monteiro de Barros, Edgard Alves Costa, Erika Monteiro Reis, Felipe Carvalho Victer, Fernando Sérgio de Melo Portinho, Gil Simões Batista, Gilberto dos Passos, Guilherme Eurico Bastos da Cunha, Ilza Boeira Fellows, José Gonçalves Sestello, Jorge Wanderley Gabrich, José Marcos Barroso Pillar, Kássie Regina Neves Carginin, Luiz Antônio de Almeida Campos, Luís Fernando Soares Moraes, Makhoul Moussallem, Marcia Rosa de Araújo, 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 Lúcia Mota da Fonseca.

CONSELHEIROS INDICADOS PELA SOMERJ

Celso Nardin de Barros
José Ramon Varela Blanco

MANUAL DO DIRETOR TÉCNICO

8ª edição revista e atualizada

Rio de Janeiro
2017

Manual do Diretor Técnico

Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
Praia de Botafogo, nº 228, Anexo 119 B - Centro Empresarial Rio
Botafogo - Rio de Janeiro - RJ | CEP: 22.250-145
Telefone: (21) 3184-7050 | Fax: (21) 3184-7120
Homepage: www.cremerj.org.br
Centro de Pesquisa e Documentação do CREMERJ: cpedoc@crm-rj.gov.br
Central de Relacionamento: faleconosco@crm-rj.gov.br

Revisão, normatização e digitação:

Centro de Pesquisa e Documentação do CREMERJ - CPEDOC
Auxiliadora Ana de Lacerda
Carmo de Maria Monteiro de Araujo
Cíntia Samanta Alves Baixas
Diane Ferreira da Silva
Selma Martins dos Santos
Yedla Maria de Albuquerque Silva

Capa e diagramação

Agência Brick

Gráfica

XXXXXX

Catálogo na Fonte: CENTRO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO - CPEDOC

Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ)
Manual do Diretor Técnico. / Conselho Regional de Medicina do Estado
do Rio de Janeiro; Org. Centro de Pesquisa e Documentação -- 8. ed. revista.
e atualizada -- Rio de Janeiro : CREMERJ, 2017.
?? p.

1. Diretor Técnico. 2. Diretor Técnico – diretrizes. 3. Diretor Clínico
4. Chefe de Serviço 5. Legislações dos Conselhos de Medicina I. Título.

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

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
Homepage: 222.cremerj.org.br - E-mail: falaconosco@crm-rj.gov.br

Apresentação

Os médicos que ocupam cargos de direção técnica e direção clínica têm sob sua responsabilidade o dever de assegurar a qualidade da assistência médica prestada à população e de garantir o exercício ético e profissional da medicina, de forma plena, como preconiza o Código de Ética Médica no seu artigo 19.

Os Conselhos de Medicina têm o dever legal de fiscalizar e orientar os médicos investidos nos cargos de direção, bem como em quaisquer outras atividades inerentes ao exercício da medicina, dirimindo 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 aos cidadãos.

Neste sentido, o Manual do Diretor Técnico que aqui lhe apresentamos tem a intenção de tornar mais acessível o conhecimento sobre as principais normas orientadoras, tanto do poder público quanto dos Conselhos de Medicina, com o objetivo de auxiliar os colegas que ocupam ou vierem a ocupar cargos de direção médica quanto à sua conduta diante das exigências que a função apresenta. Por exemplo, manter estreita relação com as Comissões de Ética Médica e demais Comissões médicas obrigatórias é questão basilar para o exercício ético da direção médica.

O presente Manual do Diretor Técnico na sua oitava edição revista e atualizada contém, além da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.147/2016, que estabelece sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço, a abordagem relevante de novos assuntos no Capítulo "Assuntos diversos e a responsabilidade ética nos estabelecimentos de saúde." Desejamos a todos uma boa leitura.

Consº Nelson Nahon
Presidente

SUMÁRIO

1. DIRETOR TÉCNICO	09
1.1 INSTITUIÇÃO DO CARGO E DA FUNÇÃO DE DIRETOR TÉCNICO	11
1.2 DIRETOR CLÍNICO	27
2. REGISTRO DO DIRETOR TÉCNICO NO CREMERJ	31
2.1 INSCRIÇÃO E REGISTRO.....	33
3. ASPÉCTOS ÉTICOS	47
3.1 ATO MÉDICO	49
3.2 O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA	55
3.3 NORMAS ÉTICAS NO ATENDIMENTO	77
4. COMISSÕES OBRIGATÓRIAS	81
4.1 COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA	83
4.2 COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	87
4.3 COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO	89
4.4 COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS	91
4.5 COMISSÃO REVISORA DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA	97
4.6 COMISSÃO DE BIOÉTICA	101
5. RESPONSABILIDADE TÉCNICA E ÉTICA NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	103
5.1 AIDS/HIV	109
5.2 ASSISTENCIA PRÉ-NATAL	113
5.3 ASSISTENCIA PERINATAL	115
5.4 ATESTADO DE ÓBITO	119
5.5 CID	119
5.6 CNES	121
5.7 CRIANÇA E ADOLESCENTE	125
5.8 ESTABELECIMENTO ASILAR	131
5.9 ESTUDANTES DE MEDICINA	133
5.10 FISCALIZAÇÃO	139
5.11 IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO	143
5.12 MÉDICO RESIDENTE	145
5.13 NOME SOCIAL	149
5.14 PUBLICIDADE MÉDICA	151
5.15 TELEMEDICINA	153
5.16 TRANSEXUALISMO E GENITALISMO.....	155
5.17 URGENCIA E EMERGÊNCIA	159
6. LEGISLAÇÃO DOS CONSELHOS DE MEDICINA	173
REFERÊNCIAS	199
ORIENTAÇÕES E ENDREÇOS	205

1. DIRETOR TÉCNICO

1.1 INSTITUIÇÃO DO CARGO E DA FUNÇÃO DE DIRETOR TÉCNICO

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."

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.147, DE 27 DE OUTUBRO DE 2016

(Publicada no D.O.U. de 27 de outubro de 2016, Seção I, p. 332-4)

Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a 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 15 de abril de 2009 e Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013; e

CONSIDERANDO o artigo 28 do Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, que declara que qualquer organização hospitalar ou de assistência médica, pública ou privada obrigatoriamente tem que funcionar com um diretor técnico, habilitado para o exercício da Medicina, como principal responsável pelos atos médicos ali realizados;

CONSIDERANDO o artigo 15 da Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, que impõe que os cargos ou funções de chefia de serviços médicos somente podem ser exercidos por médicos habilitados na forma da lei;

CONSIDERANDO o artigo 12 do Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e a Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980, que estabelecem que as pessoas jurídicas de prestação de assistência médica estão sob a ação disciplinar e de fiscalização dos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO o artigo 11 da Resolução CFM nº 997, de 23 de maio de 1980, que estabelece que o diretor técnico, 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;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.481, de 08 de agosto de 1997, que determina que as instituições prestadoras de serviços de assistência médica no país deverão adotar nos seus Regimentos Internos do Corpo Clínico as diretrizes daquela resolução;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.657, de 11 de dezembro de 2002, ou sucedânea, que estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.980, de 07 de dezembro de 2011, que dispõe sobre as atribuições, deveres e direitos dos diretores técnicos, diretores clínicos e responsáveis pelos serviços na área médica;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 2.007, de 10 de janeiro de 2013, que determina que para 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);

CONSIDERANDO o inciso II do artigo 5º da Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013 (Lei do Ato Médico), que disciplina ser ato privativo do médico a coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privativas de médico;

CONSIDERANDO a interpretação do STF na Representação nº 1.056-2, de 04 de

maio de 1983, de que o diagnóstico, a prescrição, a execução e/ou supervisão de atos particulares na medicina, bem como a alta do paciente são ínsitos ao médico especialista na área;

CONSIDERANDO o disposto na Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que disciplina a existência de planos e seguros de saúde, cooperativas e empresas de autogestão na área médica, notadamente o que consta nos artigos 1º em seus incisos I, II e parágrafos 1º e 2º;

CONSIDERANDO principalmente o artigo 8º, que trata da obrigatoriedade da inscrição nos Conselhos de Medicina, definindo suas obrigações;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 2.056, de 20 de setembro de 2013, que 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, e em especial o artigo 16, que define ambiente médico;

CONSIDERANDO o decidido pelo plenário em sessão realizada em 17 de junho de 2016,

RESOLVE:

Art. 1º Instituir competências, direitos e deveres de diretores técnicos e diretores clínicos, adotando o contido no anexo I desta Resolução;

Art. 2º Esta Resolução e seu anexo entrarão em vigor no prazo de 180 dias, contados a partir de sua publicação, quando serão revogadas a Resoluções CFM nº 1.342, de 08 de março de 1991, e nº 1.352, de 17 de janeiro de 1992.

Brasília-DF, 17 de junho de 2016.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA
Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-Geral

ANEXO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2147/2016

Capítulo I DO ALCANCE DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 1º A prestação de assistência médica e a garantia das condições técnicas de

atendimento nas instituições públicas ou privadas são de responsabilidade do diretor técnico e do diretor clínico, os quais, no âmbito de suas respectivas atribuições, responderão perante o Conselho Regional de Medicina.

Capítulo II

DOS DEVERES DA DIREÇÃO TÉCNICA

Art. 2º O diretor técnico, nos termos da lei, é o responsável perante os Conselhos Regionais de Medicina, autoridades sanitárias, Ministério Público, Judiciário e demais autoridades pelos aspectos formais do funcionamento do estabelecimento assistencial que represente.

§ 1º O provisionamento do cargo, ou função de diretor técnico, se dará por designação da administração pública ou, nas entidades privadas de qualquer natureza, por seu corpo societário ou mesa diretora.

§ 2º Nos impedimentos do diretor técnico, a administração deverá designar substituto médico imediatamente enquanto durar o impedimento.

§ 3º São deveres do diretor técnico:

- I)** Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
- II)** Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando ao melhor desempenho do corpo clínico e dos demais profissionais de saúde, em benefício da população, sendo responsável por faltas éticas decorrentes de deficiências materiais, instrumentais e técnicas da instituição;
- III)** Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica;
- IV)** Certificar-se da regular habilitação dos médicos perante o Conselho de Medicina, bem como sua qualificação como especialista, exigindo a apresentação formal dos documentos, cujas cópias devem constar da pasta funcional do médico perante o setor responsável, aplicando-se essa mesma regra aos demais profissionais da área da saúde que atuem na instituição;
- V)** Organizar a escala de plantonistas, zelando para que não haja lacunas durante as 24 horas de funcionamento da instituição, de acordo com regramento da Resolução CFM nº 2.056, de 20 de setembro de 2013; VI) Tomar providências para solucionar a ausência de plantonistas;

VII) Nas áreas de apoio ao trabalho médico, de caráter administrativo, envia esforços para assegurar a correção do repasse dos honorários e do pagamento de salários, comprovando documentalmente as providências tomadas junto das instâncias superiores para solucionar eventuais problemas;

VIII) Assegurar que as condições de trabalho dos médicos sejam adequadas no que diz respeito aos serviços de manutenção predial;

IX) Assegurar que o abastecimento de produtos e insumos de quaisquer natureza seja adequado ao suprimento do consumo do estabelecimento assistencial, inclusive alimentos e produtos farmacêuticos, conforme padronização da instituição;

X) Cumprir o que determina a Resolução CFM nº 2056/2013, no que for atinente à organização dos demais setores assistenciais, coordenando as ações e pugnando pela harmonia intra e interprofissional;

XI) Cumprir o que determina a norma quanto às demais comissões oficiais, garantindo seu pleno funcionamento;

XII) Assegurar que as propagandas institucionais obedeçam ao disposto na Resolução CFM nº 1.974, de 14 de julho de 2011, ou aquela que a suceder;

XIII) Assegurar que os médicos que prestam serviço no estabelecimento assistencial médico, independente do seu vínculo, obedeçam ao disposto no Regimento Interno da instituição;

XIV) Assegurar que as pessoas jurídicas que atuam na instituição estejam regularmente inscritas no CRM;

XV) Assegurar que os convênios na área de ensino sejam formulados dentro das normas vigentes, garantindo seus cumprimentos.

XVI) Não contratar médicos formados no exterior sem registro nos Conselhos de Medicina.

§ 4º Os diretores técnicos de planos de saúde, seguros saúde, cooperativas médicas e prestadoras de serviço em autogestão se obrigam a zelar:

I) Pelo que estiver pactuado nos contratos com prestadores de serviço, pessoas físicas e pessoas jurídicas por eles credenciados ou contratados, de acordo com previsões da Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014;

II) Para que, por meio DA SUPERVISÃO de seus auditores sejam garantidas as condições físicas e ambientais oferecidas por seus contratados a seus pacientes;

III) Para que, pela supervisão de suas auditorias, seja garantida a qualidade dos serviços prestados, notadamente a vigilância sobre o uso de materiais, insumos e equipamentos utilizados nos procedimentos médicos;

IV) Para que sua relação ocorra sempre de modo formal com o médico, pessoa física e através do diretor técnico médico quando se tratar de pessoas jurídicas;

V) Para que, na OCORRÊNCIA de glosas das faturas apresentadas, seja descrito o que foi glosado e suas razões, SOLICITANDO ao médico, quando pessoa física, e ao diretor técnico, quando pessoas jurídicas, as devidas explicações, DEVENDO AS respostas ou justificativas ser formalizadas por escrito;

VI) Para que as auditorias de procedimentos médicos sejam realizadas exclusivamente por auditores médicos;

VII) Para que nenhuma troca de informações entre o contratante, o qual ele representa, e prestadores de serviços médicos sejam realizados por terceiros, obrigando-se a ser o responsável pelas tratativas com os contratados seja em que cenário for que envolva o ato médico;

VIII) Para que sejam garantidos anualmente os reajustes previstos em lei e acordados entre as partes;

IX) Para que sejam asseguradas, quando houver prestação direta de assistência através de serviços médicos próprios, suas perfeitas condições de funcionamento, quer seja diretamente, se for também seu diretor técnico, ou por meio do diretor técnico designado, podendo se dirigir ao diretor clínico quando a instituição assistencial médica deste dispuser;

X) Pelo respeito aos protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidências científicas;

XI) Pela verificação da condição de regularidade de seus contratados, quer pessoa física, quer pessoa jurídica, perante os Conselhos Regionais de Medicina;

XII) Para que não sejam realizadas auditorias a distância.

Capítulo III

DOS DIREITOS DA DIREÇÃO TÉCNICA

Art. 3º É assegurado ao diretor técnico o direito de suspender integral ou par-

cialmente as atividades do estabelecimento assistencial médico sob sua direção quando faltarem as condições funcionais previstas nessa norma e na Resolução CFM nº 2056/2013, devendo, na consecução desse direito, obedecer ao disposto nos artigos 17 e 18, mais parágrafos desse dispositivo.

Parágrafo único. Quando se tratar do disposto no parágrafo 4º do artigo 2º deste dispositivo, as ações devem obedecer ao estabelecido nos contratos e em acordo com a legislação específica que rege este setor.

Capítulo IV

DO ALCANCE DAS ATRIBUIÇÕES DO DIRETOR CLÍNICO

Art. 4º O diretor clínico é o representante do corpo clínico do estabelecimento assistencial perante o corpo diretivo da instituição, notificando ao diretor técnico sempre que for necessário ao fiel cumprimento de suas atribuições.

Parágrafo único. O diretor clínico é o responsável pela assistência médica, coordenação e supervisão dos serviços médicos na instituição, sendo obrigatoriamente eleito pelo corpo clínico.

Art. 5º São competências do diretor clínico:

I) Assegurar que todo paciente internado na instituição tenha um médico assistente;

II) Exigir dos médicos assistentes ao menos uma evolução e prescrição diária de seus pacientes, assentada no prontuário;

III) Organizar os prontuários dos pacientes de acordo com o que determina as Resoluções CFM nº 1.638/2002 e nº 2.056/2013;

IV) Exigir dos médicos plantonistas hospitalares, quando chamados a atender pacientes na instituição, o assentamento no prontuário de suas intervenções médicas com as respectivas evoluções;

V) Disponibilizar livro ou meio digital para registro de ocorrências aos médicos plantonistas;

VI) Determinar que, excepcionalmente nas necessidades imperiosas com risco de morte que possam caracterizar omissão de socorro, os médicos plantonistas de UTIs e

dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência Médica não sejam deslocados para fazer atendimento fora de seus setores.

Capítulo V

DOS DEVERES DA DIREÇÃO CLÍNICA

Art. 6º São deveres do diretor clínico:

- I) Dirigir e coordenar o corpo clínico da instituição;
- II) Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição, comunicando ao diretor técnico para que tome as providências cabíveis quanto às condições de funcionamento de aparelhagem e equipamentos, bem como o abastecimento de medicamentos e insumos necessário ao fiel cumprimento das prescrições clínicas, intervenções cirúrgicas, aplicação de técnicas de reabilitação e realização de atos periciais quando este estiver inserido em estabelecimento assistencial médico;
- III) Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição;
- IV) Supervisionar a efetiva realização do ato médico, da compatibilidade dos recursos disponíveis, da garantia das prerrogativas do profissional médico e da garantia de assistência disponível aos pacientes;
- V) Atestar a realização de atos médicos praticados pelo corpo clínico e pelo hospital sempre que necessário;
- VI) Incentivar a criação e organização de centros de estudos, visando à melhor prática da medicina;
- VII) Recepcionar e assegurar, aos estagiários (acadêmicos e médicos) e residentes médicos, condições de exercer suas atividades com os melhores meios de aprendizagem, com a responsabilidade de exigir a sua supervisão.

Capítulo VI

DOS DIREITOS DA DIREÇÃO CLÍNICA

Art. 7º É assegurado ao diretor clínico dirigir as assembleias do corpo clínico, encaminhando ao diretor técnico as decisões para as devidas providências, inclusive quan-

do houver indicativo de suspensão integral ou parcial das atividades médico-assistenciais por faltarem as condições funcionais previstas na Resolução CFM nº 2056/2013, em consonância com disposto no artigo 20 e parágrafos desse mesmo dispositivo. É, ainda, direito do diretor clínico comunicar ao Conselho Regional de Medicina e informar, se necessário, a outros órgãos competentes.

Capítulo VII

DA CIRCUNSCRIÇÃO E ABRANGÊNCIA DA AÇÃO DE DIRETORES TÉCNICOS E CLÍNICOS

Art. 8º Ao médico será permitido assumir a responsabilidade, seja como diretor técnico, seja como diretor clínico, em duas instituições públicas ou privadas, prestadoras de serviços médicos, mesmo quando tratar-se de filiais, subsidiárias ou sucursais da mesma instituição.

§ 1º Excetua-se dessa limitação as pessoas jurídicas de caráter individual em que o médico é responsável por sua própria atuação profissional.

§ 2º Será permitida exercer a direção técnica em mais de dois estabelecimentos assistenciais quando preencher os requisitos exigidos na Resolução CFM nº 2127/2015.

§ 3º É possível ao médico exercer, simultaneamente, as funções de diretor técnico e de diretor clínico. Para tanto, é necessário que o estabelecimento assistencial tenha corpo clínico com menos de 30 (trinta) médicos.

§ 4º O diretor técnico somente poderá acumular a função de diretor clínico quando eleito para essa função pelos médicos componentes do corpo clínico com direito a voto.

Capítulo VIII

DA TITULAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DA DIREÇÃO TÉCNICA E DIREÇÃO CLÍNICA

Art. 9º Será exigida para o exercício do cargo ou função de diretor clínico ou diretor técnico de serviços assistenciais especializados a titulação em especialidade médica correspondente, registrada no Conselho Regional de Medicina (CRM).

§ 1º Supervisor, coordenador, chefe ou responsável por serviços assistenciais

especializados deverão possuir título de especialista na especialidade oferecida pelo serviço médico, com o devido registro do título pelo CRM, e se subordinam ao diretor técnico e diretor clínico em suas áreas respectivas, não se lhes aplicando a limitação prevista no caput do artigo 8º.

§ 2º O diretor técnico de serviços médicos especializados em reabilitação deverá obrigatoriamente ser médico especialista, ainda que sejam utilizadas técnicas fisioterápicas.

§ 3º Nos estabelecimentos assistenciais médicos não especializados, basta o título de graduação em medicina para assumir a direção técnica ou direção clínica;

Capítulo IX DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10. Em caso de afastamento ou substituição do diretor técnico ou do diretor clínico em caráter definitivo, aquele que deixa o cargo tem o dever de imediatamente comunicar tal fato, por escrito e sob protocolo, ao Conselho Regional de Medicina. Parágrafo único. A substituição do diretor afastado deverá ocorrer imediatamente, obrigando o diretor que assume o cargo a fazer a devida notificação ao Conselho Regional de Medicina, por escrito e sob protocolo.

Art. 11. É obrigatório o exercício presencial da direção técnica e da direção clínica.

Brasília-DF, 17 de junho de 2016.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA
Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-Geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.147/2016

A atualização do regulamento que trata da definição de competência dos diretores técnicos e diretores clínicos, bem como a criação de uma linha divisória de competência para sua atuação era reclamada há bastante tempo. O estabelecimento de uma linha hierárquica de comando para a atuação de chefes, coordenadores ou supervisores de serviços possibilitando interações e comandos também era necessária, todas visando o bom funcionamento dos estabelecimentos assistenciais médicos ou de intermediação da prestação de serviços médicos.

A Resolução CFM nº 2056/2013 tratou com clareza da possibilidade de suspen-

são do trabalho dos médicos nos estabelecimentos assistenciais onde trabalhem. Definiu as duas ações possíveis, uma coordenada pelo diretor técnico da instituição conferindo-lhe o direito de, em constatando condições adversas e, com a anuência do Conselho Regional de Medicina, por intermédio de seu departamento de fiscalização, suspender parcial ou completamente o trabalho médico na instituição. A segunda da competência do corpo clínico que, diante das mesmas condições adversas, sempre em consonância com o Conselho Regional de Medicina, por meio de seu departamento de fiscalização, acionada pelo diretor clínico, nos estabelecimentos em que for exigível sua presença, tomar as mesmas providências, coordenando as ações como seu representante.

A Resolução preenche uma lacuna, também reclamada, que é a de definir as responsabilidades de empresas ou instituições de intermediação da prestação de serviços médicos, como seguradoras de saúde, planos de saúde, cooperativas médicas e instituições de autogestão. Todas as definições estão devidamente fundamentadas em dispositivos legais, como a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, o Decreto-Lei nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, a Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 e sucedâneas, conferindo a este dispositivo importância estruturante para a prática da medicina e segurança para a assistência médica da população.

A Resolução inova também em estabelecer para além dos deveres, os direitos de diretores técnicos e clínicos, extensivo às chefias setorizadas construídas para a boa administração da medicina.

Apenas como reforço, a Resolução CFM nº 2056/2013 estabeleceu um novo conceito para definir os estabelecimentos assistenciais médicos que é o de ambiente médico. A partir dessa definição, deixou claro o que deve ser exigido para que esse ambiente tenha as condições adequadas de funcionamento. Como tal, definiu também o que compete a cada exercente de cargos de comando para que garanta o bom funcionamento da instituição, a assistência à população e execução do ato profissional, notadamente o ato médico.

Estes são os motivos que submetemos a esta Egrégia Casa.

EMMANUEL FORTES SILVEIRA CAVALCANTI
Relator

CLÁUDIO BALDUÍNO SOUTO FRANZEN
Relator

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 209, DE 09 DE SETEMBRO DE 2005

(Publicada no DOERJ, 28 set. 2005, Parte V, p. 6)

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.980, DE 07 DE DEZEMBRO DE 2011

(Publicada no D.O.U. 13 dez. 2011, Seção I, p.225-226)

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.007, DE 10 DE JANEIRO DE 2013

(Publicada no D.O.U. de 08 fev. 2013, seção I, p. 2013)

(Alterada parcialmente pela resolução 2114/2014)

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.

[...]

Art. 1º Para o médico exercer o cargo de diretor técnico ou de supervisão, co-

ordenação, 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). [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.056, DE 20 DE SETEMBRO DE 2013

(Publicada no D.O.U. de 12 nov. 2013, Seção I, p. 162-3)

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 inexistirem 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.

Art. 21. Os médicos investidos em funções ou cargos administrativos, públicos ou privados, que interfiram direta ou indiretamente no planejamento, na assistência ou na fiscalização do ato médico, quando devidamente cientificados, serão considerados responsáveis 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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.072, DE 27 DE MARÇO DE 2014

(Publicada no D.O.U. de 8 abr. 2014, Seção I, p. 101)

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

CAPÍTULO V

DA RESPONSABILIDADE DOS MÉDICOS INVESTIDOS

EM FUNÇÕES ADMINISTRATIVAS DE QUAISQUER NATUREZAS

[...]

1.2 DIRETOR CLÍNICO

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

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 exis-

tência 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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CFM nº 1.493, DE 20 DE MAIO DE 1998

Determinar ao Diretor-Clinico 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-Clinico 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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 186, DE 08 DE JANEIRO DE 2003

(Publicada no DOERJ, 16 jan. 2003, Parte V, p. 8)

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.[...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

2. REGISTRO DO DIRETOR TÉCNICO NO CREMERJ

2.1 INSCRIÇÃO E REGISTRO

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 80, DE 16 DE DEZEMBRO DE 1994

(Publicada no DOERJ, 19 jan. 1995, Parte V)

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 81, DE 16 DE DEZEMBRO DE 1994

(Publicada no DOERJ, 19 jan. 1995, Parte V)

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 81, DE 16 DE DEZEMBRO DE 1994

(Publicada no DOERJ, 19 jan. 1995, Parte V)

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 23, DE 25 DE JANEIRO DE 1998

(Publicada no DOERJ, 01 fev. 1989, Parte V, p. 11)

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 120, DE 04 DE FEVEREIRO DE 1998

(Publicado no DOERJ, 01 jun. 1998, Parte V)

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

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;

[...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

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

(Publicada do D.O.U. nº 158, de 17.08.2004, seção I, p. 76)

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.980, DE 07 DE DEZEMBRO DE 2011

(Publicada no D.O.U. 13 dez. 2011, Seção I, p.225-226)

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.

[...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

3. ASPÉCTOS ÉTICOS

3.1 ATO MÉDICO

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

(Publicada no DOERJ, 1 de jun. 1998, Parte V, p. 13)

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

LEI FEDERAL Nº 12.842, DE 10 DE JULHO DE 2013

(Publicada no DOU de 11.7.2013)

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 Excetuam-se do rol de atividades privativas do médico:

I - (VETADO);

II - (VETADO);

III - aspiração nasofaringeana 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.

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

3.2 O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.931, DE 17 DE SETEMBRO DE 2009

(Publicada no D.O.U. de 24 set. 2009, Seção I, p. 90)

REVOGA A RESOLUÇÃO CFM Nº 1.246, DE 08-01-1988

ALTERADA PELA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.997, DE 10-08-2012

Aprova o Código de Ética Médica.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, modificado pelo Decreto n.º 6.821, de 14 de abril de 2009 e pela Lei n.º 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e, consubstanciado nas Leis n.º 6.828, de 29 de outubro de 1980 e Lei n.º 9.784, de 29 de janeiro de 1999; e

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são 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;

CONSIDERANDO que as normas do Código de Ética Médica devem submeter-se aos dispositivos constitucionais vigentes;

CONSIDERANDO a busca de melhor relacionamento com o paciente e a garantia de maior autonomia à sua vontade;

CONSIDERANDO as propostas formuladas ao longo dos anos de 2008 e 2009 e pelos Conselhos Regionais de Medicina, pelas Entidades Médicas, pelos médicos e por instituições científicas e universitárias para a revisão do atual Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO as decisões da IV Conferência Nacional de Ética Médica que elaborou, com participação de Delegados Médicos de todo o Brasil, um novo Código de Ética Médica revisado.

CONSIDERANDO o decidido pelo Conselho Pleno Nacional reunido em 29 de agosto de 2009;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 17 de setembro

de 2009.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Código de Ética Médica, anexo a esta Resolução, após sua revisão e atualização.

Art. 2º O Conselho Federal de Medicina, sempre que necessário, expedirá Resoluções que complementem este Código de Ética Médica e facilitem sua aplicação.

Art. 3º O Código anexo a esta Resolução entra em vigor cento e oitenta dias após a data de sua publicação e, a partir daí, revoga-se o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução CFM n.º 1.246, publicada no Diário Oficial da União, no dia 26 de janeiro de 1988, Seção I, páginas 1574-1579, bem como as demais disposições em contrário.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente

LÍVIA BARROS GARÇÃO
Secretária-Geral

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA
PREÂMBULO

I - O presente Código de Ética Médica contém as normas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão, inclusive no exercício de atividades relativas ao ensino, à pesquisa e à administração de serviços de saúde, bem como no exercício de quaisquer outras atividades em que se utilize o conhecimento advindo do estudo da Medicina.

II - As organizações de prestação de serviços médicos estão sujeitas às normas deste Código.

III - Para o exercício da Medicina, impõe-se a inscrição no Conselho Regional do respectivo Estado, Território ou Distrito Federal. (VIDE RETIFICAÇÃO CONFORME DOU DE 13-10-2009)

IV - A fim de garantir o acatamento e a cabal execução deste Código, o médico comunicará ao Conselho Regional de Medicina, com discricção e fundamento, fatos de que tenha conhecimento e que caracterizem possível infração do presente Código e das demais normas que regulam o exercício da Medicina.

V - A fiscalização do cumprimento das normas estabelecidas neste Código é atribuição dos Conselhos de Medicina, das comissões de ética e dos médicos em geral.

VI - Este Código de Ética Médica é composto de 25 princípios fundamentais do exercício da Medicina, 10 normas diceológicas, 118 normas deontológicas e quatro disposições gerais. A transgressão das normas deontológicas sujeitará os infratores às penas disciplinares previstas em lei. (VIDE RETIFICAÇÃO CONFORME DOU DE 13-10-2009)

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.

II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

III - Para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

IV - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

V - Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

VI - O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

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, executadas 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.

IX - A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio.

X - O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

XI - O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei.

XII - O médico empenhar-se-á pela melhor adequação do trabalho ao ser humano, pela eliminação e pelo controle dos riscos à saúde inerentes às atividades laborais. (VIDE RETIFICAÇÃO CONFORME DOU DE 13-10-2009)

XIII - O médico comunicará às autoridades competentes quaisquer formas de deterioração do ecossistema, prejudiciais à saúde e à vida.

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.

XV - O médico será solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração digna e justa, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico-científico. (VIDE RETIFICAÇÃO CONFORME DOU DE 13-10-2009)

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.

XIX - O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência.

XX - A natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo.

XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

XXIII - Quando envolvido na produção de conhecimento científico, o médico agirá com isenção e independência, visando ao maior benefício para os pacientes e a sociedade.

XXIV - Sempre que participar de pesquisas envolvendo seres humanos ou qualquer animal, o médico respeitará as normas éticas nacionais, bem como protegerá a vulnerabilidade dos sujeitos da pesquisa.

XXV - Na aplicação dos conhecimentos criados pelas novas tecnologias, considerando-se suas repercussões tanto nas gerações presentes quanto nas futuras, o médico zelará para que as pessoas não sejam discriminadas por nenhuma razão vinculada a herança genética, protegendo-as em sua dignidade, identidade e integridade.

Capítulo II

DIREITOS DOS MÉDICOS

É direito do médico:

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.

II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

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.

VI - Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas aprovadas pelo Conselho Regional de Medicina da pertinente jurisdição.

VII - Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.

VIII - Decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas venha a prejudicá-lo.

IX - Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

X - Estabelecer seus honorários de forma justa e digna.

Capítulo III

RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Art. 2º Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 3º Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 4º Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 5º Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.

Art. 6º Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Art. 7º Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art. 8º Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave.

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. 11. Receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 12. Deixar de esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos empregadores responsáveis.

Parágrafo único. Se o fato persistir, é dever do médico comunicar o ocorrido às autoridades competentes e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 13. Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

Art. 14. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

Art. 15. Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética.

§ 1º No caso de procriação medicamente assistida, a fertilização não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões supranumerários.

§ 2º O médico não deve realizar a procriação medicamente assistida com nenhum dos seguintes objetivos:

I – criar seres humanos geneticamente modificados;

II – criar embriões para investigação;

III – criar embriões com finalidades de escolha de sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras.

§ 3º Praticar procedimento de procriação medicamente assistida sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo.

Art. 16. Intervir sobre o genoma humano com vista à sua modificação, exceto na terapia gênica, excluindo-se qualquer ação em células germinativas que resulte na modificação genética da descendência.

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. 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.

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

Capítulo IV DIREITOS HUMANOS

É vedado ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 25. Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem.

Art. 26. Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa, considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.

Art. 27. Desrespeitar a integridade física e mental do paciente ou utilizar-se de meio que possa alterar sua personalidade ou sua consciência em investigação policial ou

de qualquer outra natureza.

Art. 28. Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade.

Parágrafo único. Caso ocorram quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou mental dos pacientes confiados ao médico, este estará obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 29. Participar, direta ou indiretamente, da execução de pena de morte.

Art. 30. Usar da profissão para corromper costumes, cometer ou favorecer crime.

Capítulo V

RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Art. 33. Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal. (VIDE RETIFICAÇÃO CONFORME DOU DE 13-10-2009)

Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 36. Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1º Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

§ 2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos.

Art. 37. Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento. (VIDE RETIFICAÇÃO CONFORME DOU DE 13-10-2009)

Parágrafo único. O atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina. (VIDE RETIFICAÇÃO CONFORME DOU DE 13-10-2009)

Art. 38. Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

Art. 39. Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 40. Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza.

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Art. 42. Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método.

Capítulo VI

DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS

É vedado ao médico:

Art. 43. Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspender meios artificiais para prolongar a vida do possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.

Art. 44. Deixar de esclarecer o doador, o receptor ou seus representantes legais sobre os riscos decorrentes de exames, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos casos de transplantes de órgãos.

Art. 45. Retirar órgão de doador vivo quando este for juridicamente incapaz, mesmo se houver autorização de seu representante legal, exceto nos casos permitidos e regulamentados em lei.

Art. 46. Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou de tecidos humanos.

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. 51. Praticar concorrência desleal com outro médico.

Art. 52. Desrespeitar a prescrição ou o tratamento de paciente, determinados por outro médico, mesmo quando em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível benefício para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável. (VIDE RETIFICAÇÃO CONFORME DOU DE 13-10-2009)

Art. 53. Deixar de encaminhar o paciente que lhe foi enviado para procedimento especializado de volta ao médico assistente e, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que por ele se responsabilizou.

Art. 54. Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou por seu representante legal.

Art. 55. Deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade ao ser substituído ao fim do seu turno de trabalho.

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 VIII

REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 58. O exercício mercantilista da Medicina.

Art. 59. Oferecer ou aceitar remuneração ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, bem como por atendimentos não prestados.

Art. 60. Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico para efeito de cobrança de honorários. (VIDE RETIFICAÇÃO CONFORME DOU DE 13-10-2009)

Art. 61. Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo estimado dos

procedimentos.

Art. 62. Subordinar os honorários ao resultado do tratamento ou à cura do paciente.

Art. 63. Explorar o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe, na condição de proprietário, sócio, dirigente ou gestor de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos.

Art. 64. Agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente atendido pelo sistema público de saúde ou dele utilizar-se para a execução de procedimentos médicos em sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais.

Art. 65. Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos, ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários.

Art. 66. Praticar dupla cobrança por ato médico realizado.

Parágrafo único. A complementação de honorários em serviço privado pode ser cobrada quando prevista em contrato.

Art. 67. Deixar de manter a integralidade do pagamento e permitir descontos ou retenção de honorários, salvo os previstos em lei, quando em função de direção ou de chefia.

Art. 68. Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, indústria farmacêutica, óptica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação, promoção ou comercialização de produtos de prescrição médica, qualquer que seja sua natureza.

Art. 69. Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia ou obter vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes de qualquer natureza, cuja compra decorra de influência direta em virtude de sua atividade profissional.

Art. 70. Deixar de apresentar separadamente seus honorários quando outros profissionais participarem do atendimento ao paciente.

Art. 71. Oferecer seus serviços profissionais como prêmio, qualquer que seja sua natureza.

Art. 72. Estabelecer vínculo de qualquer natureza com empresas que anunciam

ou comercializam planos de financiamento, cartões de descontos ou consórcios para procedimentos médicos.

Capítulo IX

SIGILO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.

Parágrafo único. Permanece essa proibição:

a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido;

b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento;

c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

Art. 74. Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.

Art. 75. Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos, em meios de comunicação em geral, mesmo com autorização do paciente.

Art. 76. Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou de instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 77. Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito, salvo por expresso consentimento do seu representante legal. (NOVA REDAÇÃO DADA PELA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.997, DE 10-08-2012)

Art. 78. Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissio-

nal e zelar para que seja por eles mantido.

Art. 79. Deixar de guardar o sigilo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.

Capítulo X **DOCUMENTOS MÉDICOS**

É vedado ao médico:

Art. 80. Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.

Art. 81. Atestar como forma de obter vantagens.

Art. 82. Usar formulários de instituições públicas para prescrever ou atestar fatos verificados na clínica privada.

Art. 83. 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. 84. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

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

Art. 86. Deixar de fornecer laudo médico ao paciente ou a seu representante legal quando aquele for encaminhado ou transferido para continuação do tratamento ou em caso de solicitação de alta.

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. (VIDE RETIFICAÇÃO CONFORME DOU DE 13-10-2009)

Art. 91. Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal.

Capítulo XI **AUDITORIA E PERÍCIA MÉDICA**

É vedado ao médico:

Art. 92. Assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame. (VIDE RETIFICAÇÃO CONFORME DOU DE 13-10-2009)

Art. 93. Ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado.

Art. 94. Intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Art. 95. Realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

Art. 96. Receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.

Art. 97. Autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.

Art. 98. Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou como auditor, bem como ultrapassar os limites de suas atribuições e de sua competência.

Parágrafo único. O médico tem direito a justa remuneração pela realização do exame pericial.

Capítulo XII

ENSINO E PESQUISA MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 99. Participar de qualquer tipo de experiência envolvendo seres humanos com fins bélicos, políticos, étnicos, eugênicos ou outros que atentem contra a dignidade humana.

Art. 100. Deixar de obter aprovação de protocolo para a realização de pesquisa em seres humanos, de acordo com a legislação vigente.

Art. 101. Deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa.

Parágrafo único. No caso do sujeito de pesquisa ser menor de idade, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão.

Art. 102. Deixar de utilizar a terapêutica correta, quando seu uso estiver liberado no País.

Parágrafo único. A utilização de terapêutica experimental é permitida quando aceita pelos órgãos competentes e com o consentimento do paciente ou de seu represen-

tante legal, adequadamente esclarecidos da situação e das possíveis consequências.

Art. 103. Realizar pesquisa em uma comunidade sem antes informá-la e esclarecê-la sobre a natureza da investigação e deixar de atender ao objetivo de proteção à saúde pública, respeitadas as características locais e a legislação pertinente.

Art. 104. Deixar de manter independência profissional e científica em relação a financiadores de pesquisa médica, satisfazendo interesse comercial ou obtendo vantagens pessoais.

Art. 105. Realizar pesquisa médica em sujeitos que sejam direta ou indiretamente dependentes ou subordinados ao pesquisador.

Art. 106. Manter vínculo de qualquer natureza com pesquisas médicas, envolvendo seres humanos, que usem placebo em seus experimentos, quando houver tratamento eficaz e efetivo para a doença pesquisada.

Art. 107. Publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado; atribuir-se autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação, bem como omitir do artigo científico o nome de quem dele tenha participado.

Art. 108. Utilizar dados, informações ou opiniões ainda não publicados, sem referência ao seu autor ou sem sua autorização por escrito.

Art. 109. Deixar de zelar, quando docente ou autor de publicações científicas, pela veracidade, clareza e imparcialidade das informações apresentadas, bem como deixar de declarar relações com a indústria de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos, implantes de qualquer natureza e outras que possam configurar conflitos de interesses, ainda que em potencial.

Art. 110. Praticar a Medicina, no exercício da docência, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade e privacidade ou discriminando aqueles que negarem o consentimento solicitado.

Capítulo XIII

PUBLICIDADE MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 111. Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da sociedade. (VIDE RETIFICAÇÃO CONFORME DOU DE 13-10-2009)

Art. 112. Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.

Art. 113. Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido cientificamente por órgão competente.

Art. 114. Consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.

Art. 115. Anunciar títulos científicos que não possa comprovar e especialidade ou área de atuação para a qual não esteja qualificado e registrado no Conselho Regional de Medicina.

Art. 116. Participar de anúncios de empresas comerciais qualquer que seja sua natureza, valendo-se de sua profissão.

Art. 117. Apresentar como originais quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.

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.

tinuidade do exercício profissional constitua risco de danos irreparáveis ao paciente ou à sociedade poderão ter o exercício profissional suspenso mediante procedimento administrativo específico.

III - O Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina e a categoria médica, promoverá a revisão e atualização do presente Código quando necessárias.

IV - As omissões deste Código serão sanadas pelo Conselho Federal de Medicina.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 13 out. 2009.

Capítulo XIV

DISPOSIÇÕES GERAIS

I - O médico portador de doença incapacitante para o exercício profissional, apurada pelo Conselho Regional de Medicina em procedimento administrativo com perícia médica, terá seu registro suspenso enquanto perdurar sua incapacidade.

II - Os médicos que cometerem faltas graves previstas neste Código e cuja con-

3.3 NORMAS ÉTICAS NO ATENDIMENTO

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 17, DE 27 DE MAIO DE 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.

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

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

(Publicada no DOERJ, 09 mar. 1989, Parte V, p. 20)

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. " [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

4. COMISSÕES OBRIGATÓRIAS

4.1 COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

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)

[...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremelj.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 42, DE 16 DE MAIO DE 1992

Publicada no DOU, 22 jul. 1992, Seção 1, p. 9775

Regulamenta a participação de médicos residentes nas Comissões de Ética Médica.

[...]

Art. 1º As Comissões de Ética Médica instaladas nos estabelecimentos hospita-

lares e outras pessoas jurídicas em que se exerça a Medicina, na conformidade das Resoluções n. 02 e n. 03/84 do CREMERJ, terão na sua composição a participação de dois médicos residentes, sendo um efetivo e um suplente.

Art. 2º Somente poderá haver participação de médicos residentes nas Comissões de Ética Médica quando a instituição possuir programa oficial de Residência Médica e um número mínimo de 10 (dez) médicos residentes.

Art. 3º A escolha para os médicos residentes que participarão das CEMs será realizada sob forma de eleição em chapas distintas, obedecidos os critérios e prazos vigentes da Resolução n. 03/84 do CREMERJ. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.152, DE 30 DE SETEMBRO DE 2016

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

[...]

RESOLVE:

Art. 1º Todos os estabelecimentos de assistência a saúde e outras pessoas jurídicas onde se exerça a medicina, ou sob cuja a égide se exerça a medicina em todo o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu corpo clínico, Comissões de Ética Médica os termos desta Resolução.

§ 1º A eleição será supervisionada pelo CRM de sua jurisdição;

§ 2º Compete ao diretor clínico encaminhar ao Conselho Regional de sua jurisdição a ata da eleição da Comissão de Ética Médica;

Art. 2º Adotar o Regulamento das Comissões de Ética anexo, parte integrante da presente Resolução.

Art. 3º Revoga-se a Resolução CFM nº 1.657/2002 e todas as disposições em contrário.[...]

4.2 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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

RECOMENDAÇÃO CFM 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; 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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

4.3 COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITO

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 282, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2016

Dispõe sobre a Comissão de Revisão de Óbito em unidades de saúde 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 Comissão de Revisão de Óbito será composta por médicos.

Parágrafo Único. Outros Profissionais da área da saúde poderão ser solicitados a participar de atividades da Comissão de Revisão de Óbito.

Art. 4º A não existência na Instituição de Serviço de Anatomia Patológica não exclui o trabalho da Comissão de Revisão de Óbito.

Art. 5º 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. 6º 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. 7º Todas as Comissões de Revisão de Óbito deverão comunicar às Comissões de Ética Médica e/ou ao CREMERJ a sua criação e composição. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

4.4 COMISSÃO 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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.821, DE 23 DE NOVEMBRO DE 2007

(Publicada no D.O.U. de 23 nov. 2007, Seção I, pg. 252)

Aprava 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. 10. 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. [...]

Accesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremej.org.br/resolucoes/>

RECOMENDAÇÃO CFM 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: 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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

4.5 COMISSÃO REVISORA DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 115, DE 13 DE AGOSTO DE 1997.

(Publicada no DOERJ, 05 set. 1997, Parte V, p. 7)

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CFM nº 2.057, DE 20 DE SETEMBRO DE 2013

(Publicada no D.O.U. de 12 nov. de 2013, Seção I, p. 165-171)

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.

[...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

4.6 COMISSÃO DE BIOÉTICA

RECOMENDAÇÃO CFM Nº 8, 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 envidem 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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

5. RESPONSABILIDADE TÉCNICA E ÉTICA NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

5.1 AIDS/HIV

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

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.

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

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:

5.2 ASSISTENCIA PRÉ-NATAL

RESOLUÇÃO CREMERJ 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.

[...]

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

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.[...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

RECOMENDAÇÃO CFM Nº 1, DE 09 DE AGOSTO DE 2012

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 descon siderar 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.

[...]

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: [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

5.3 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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

5.4 ATESTADO DE ÓBITO

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 SES Nº 550, DE 23 DE JANEIRO DE 1990

Dispõe sobre a expedição de Atestado de Óbito de pacientes que venham a falecer por causa natural a caminho ou nas dependências de Pronto-Socorro ou ambulatório público ou privado e dá outras providências.

[...]

Art. 1º Em consonância com as artigos 114 e 115 do atual Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988), caberá ao médico plantonista ou substituto atestar o óbito de todo o paciente que venha a falecer por causa natural a caminho ou nas dependências de Pronto-Socorro ou ambulatório público ou privado, devendo, previamente, através de informações prestadas por acompanhante do falecido,

tentar contato com o médico que assistia ao enfermo visando obter elementos para o esclarecimento da causa mortis.

Art. 2º Esgotadas todas as tentativas de se determinar a causa básica da morte e não havendo suspeita de óbito por causa violenta (acidente, homicídio ou suicídio), deverá ser declarada na parte I do atestado médico Causa Indeterminada.

Art. 3º Em caso de suspeita pelo plantonista de morte por causa violenta, o fato deverá ser comunicado imediatamente à Autoridade Policial da Circunscrição para ciência e encaminhamento do corpo ao Instituto Médico-Legal.

Art. 4º Na hipótese de morte por causa natural sem assistência médica nas localidades onde não exista Serviço de Verificação de Óbito, poderá ela ser atestada pro qualquer médico, incumbindo, entretanto, originalmente aos médicos da Secretaria de Saúde, o dever de fazê-lo.

Art. 5º O médico deverá negar-se ao fornecimento da Declaração de Óbito, quando suspeitar de qualquer tipo de violência, caso em que do fato dará ciência à autoridade competente.

Art. 6º Nas localidades em que não haja qualquer tipo de serviço de saúde caberá aos Cartórios de Registro Civil fornecer Declaração de Óbito firmada por duas testemunhas.[...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremej.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CFM 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.

[...]

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.[...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremej.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CFM nº 1.779, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2005

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

[...]

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 deve-

rá 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.

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CFM Nº 1931, DE 17 DE SETEMBRO DE 2009

(Alterada pela Resolução CFM nº 1997/2012)

(Vide Capítulo III)

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

5.5 CID

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 56, DE 20 DE OUTUBRO DE 1993

Dispõe sobre a proibição do fornecimento de diagnóstico, codificado ou não, às entidades contratantes de serviços de saúde ou de reembolso de despesas médicas, e veda às mesmas a limitação do número de consultas e procedimentos médicos.

[...]

Art. 1º É vedado às empresas de Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas, Seguradoras de Saúde, ou qualquer outro gênero de entidades contratantes de serviços de saúde ou de reembolso de despesas médicas exigir do profissional o fornecimento de diagnóstico, codificado, ou não, para efeitos de liberação de atendimentos, procedimentos, atestados e ressarcimentos de despesas já efetuadas.

Art. 2º É vedado às empresas elencadas no artigo anterior a limitação do número de consultas e procedimentos médicos, por tratar-se de exclusiva decisão do médico assistente do paciente.[...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.819, DE 17 DE MAIO DE 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 Interna-

cional 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.

Parágrafo único. Excetuam-se desta proibição os casos previstos em lei. (ALTERADA PELA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.976, DE 12-07-2011)

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.[...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

5.6 CNES

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (CNES)

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES visa ser a base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente do SUS.

O seu objetivo é de automatizar todo o processo de coleta de dados feita nos estados e municípios sobre a capacidade física instalada, os serviços disponíveis e profissionais vinculados aos estabelecimentos de saúde, equipes de saúde da família, subsidiando os gestores (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, etc.) com dados de abrangência nacional para efeito de planejamento de ações em saúde e dar transparência a sociedade, pelo site, de toda a infra-estrutura de serviços de saúde bem como a capacidade instalada existente e disponível no país.

Disponibiliza informações de infra-estrutura, tipo de atendimento prestado, serviços especializados, leitos e profissionais de saúde existentes nos estabelecimentos de saúde;

O CNES propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente, sua potencialidade e capacidade instalada, visando auxiliar no planejamento em saúde, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população;

Funcionalidades:

- Recapacitação de todos os gestores Estaduais e das capitais. Incorporação do módulo de cadastramento de equipes de saúde da família;
- Cadastramento de equipes do sistema penitenciário e módulo residência terapêutica;
- Otimização do processo de recebimento de bases dos gestores, bem como a disponibilização dos dados na internet, com adequação ao sistema de transmissão de dados (Transmissor) da Coordenação;
- Rotinas de manutenção do cadastro de estabelecimentos de saúde, do cadas-

tro de profissionais, do cadastro de mantenedoras e no de equipes. De realização de advertências e consistência da base de dados. De importação/exportação de base de dados. De manutenção de emissão de relatórios operacionais, gerenciais, estatísticos e de equipes. De manutenção da funcionalidade da documentação e configuração do sistema. De manutenção da funcionalidade de atualização de bases a partir de arquivos disponíveis no site CNES e importação de bases a partir da base nacional;

- Rotinas de manutenção da funcionalidade da cópia de segurança/restauração e cadastro de usuários e;

- Rotinas de manutenção da funcionalidade do fechamento da competência, consulta de histórico da base de dados, geração de arquivos TXT SIA/ SIHD, SIAB e geração de arquivo tipo XML.

Para mais informações e acesso ao texto na íntegra:

<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>

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.

[...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

5.7 CRIANÇA E ADOLESCENTE

LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990.

Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

[...]

Art. 8º É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde.

[...]

§ 5o A assistência referida no § 4o deste artigo deverá ser prestada também a gestantes e mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção, bem como a gestantes e mães que se encontrem em situação de privação de liberdade.

[...]

Art. 10. Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a:

I - manter registro das atividades desenvolvidas, através de prontuários individuais, pelo prazo de dezoito anos;

II - identificar o recém-nascido mediante o registro de sua impressão plantar e digital e da impressão digital da mãe, sem prejuízo de outras formas normatizadas pela autoridade administrativa competente;

III - proceder a exames visando ao diagnóstico e terapêutica de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientação aos pais;

IV - fornecer declaração de nascimento onde constem necessariamente as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato;

V - manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe.

[...]

Art. 13. Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais. (Redação dada pela Lei nº 13.010, de 2014)

§ 2º Os serviços de saúde em suas diferentes portas de entrada, os serviços de assistência social em seu componente especializado, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) e os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente deverão conferir máxima prioridade ao atendimento das crianças na faixa etária da primeira infância com suspeita ou confirmação de violência de qualquer natureza, formulando projeto terapêutico singular que inclua intervenção em rede e, se necessário, acompanhamento domiciliar. (Incluído pela Lei nº 13.257, de 2016)

[...]

Capítulo VII

Da Proteção Judicial dos Interesses Individuais, Difusos e Coletivos

Art. 208. Regem-se pelas disposições desta Lei as ações de responsabilidade por ofensa aos direitos assegurados à criança e ao adolescente, referentes ao não oferecimento ou oferta irregular:

[...]

§ 1º As hipóteses previstas neste artigo não excluem da proteção judicial outros interesses individuais, difusos ou coletivos, próprios da infância e da adolescência, protegidos pela Constituição e pela Lei. (Renumerado do Parágrafo único pela Lei nº 11.259, de 2005)

§ 2º A investigação do desaparecimento de crianças ou adolescentes será realizada imediatamente após notificação aos órgãos competentes, que deverão comunicar o fato aos portos, aeroportos, Polícia Rodoviária e companhias de transporte interestaduais e internacionais, fornecendo-lhes todos os dados necessários à identificação do desaparecido. (Incluído pela Lei nº 11.259, de 2005)

[...]

Art. 258-B. Deixar o médico, enfermeiro ou dirigente de estabelecimento de atenção à saúde de gestante de efetuar imediato encaminhamento à autoridade judiciária de caso de que tenha conhecimento de mãe ou gestante interessada em entregar seu filho para adoção:

Pena - multa de R\$ 1.000,00 (mil reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais).

Parágrafo único. Incorre na mesma pena o funcionário de programa oficial ou comunitário destinado à garantia do direito à convivência familiar que deixa de efetuar a comunicação referida no caput deste artigo. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

PORTARIA MINISTÉRIO DA SAÚDE 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.

[...]

RECOMENDAÇÃO CFM Nº 4, DE 05 DE JUNHO DE 2014

Recomendar que os profissionais médicos e os diretores técnicos das instituições de tratamento médico, ambulatorial ou hospita-

lar, 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. [...]

CIRCULAR COJUR- CFM nº 107 DE 2017.



CIRCULAR CFM Nº 107/2017 – COJUR

Brasília, 6 de julho de 2017.

Aos Senhores
Presidentes dos Conselhos Regionais de Medicina

Assunto: **Observância do Art. 258-B da Lei nº 8069/1990.**

Senhor(a) Presidente,

- O Grupo Nacional de Direitos Humanos (GNDH), órgão do Conselho Nacional de Procuradores-Gerais dos Ministérios Públicos dos Estados e da União (CNPG), solicitou, em síntese, ao Conselho Federal de Medicina e aos Conselhos Regionais de Medicina a observância do Art. 258-B da Lei Federal nº 8069/1990, com o objetivo de assegurar a tutela da vida, da saúde, e a dignidade das crianças e das mães.
- Destaca o GNDH, que a Lei Federal nº 8.069/1990, em seu art. 8º, §5º, *assegura a toda mulher gestante e mães o direito de disponibilizar o(a) filho(a) para adoção, assim como de ter assistência psicológica após tal manifestação*. Entretanto, a falta de conhecimento desta previsão legal leva muitas mulheres, que não têm a intenção de permanecer com estas crianças, a colocarem suas vidas e de seus bebês em risco.
- Dessa maneira, é imperativo que se garanta o acesso à informação às gestantes e às mães que manifestem sua intenção em disponibilizar o(a) filho(a) para adoção. Pois os profissionais da saúde que a acompanham devem **a) prestar esclarecimentos sobre o procedimento legal a ser adotado; b) informar sobre o direito à assistência psicológica; e c) enviar relato à Justiça da Infância e Juventude.**

SGAS 915 Lote 72
CEP: 70390-150 Brasília DF
Fone: (0xx61) 3445-5900
Fax: (0xx61) 3346-0231
<http://www.portalmedico.org.br>



4. Insta esclarecer que, conforme o artigo 258-B da Lei Federal nº 8.069/1990, Estatuto da Criança e do Adolescente, o médico, o enfermeiro ou o dirigente de estabelecimento de atenção à saúde de gestante, que deixar de efetuar o imediato encaminhamento à autoridade judiciária de notícia de caso de que tenha conhecimento de mãe ou gestante interessada em entregar seu filho para adoção, incorre em infração administrativa.

5. A devida comunicação à autoridade competente evita a entrega ilegal de crianças à casais ou pessoas não habilitadas à adoção, bem como prestigia a ordem cronológica do Cadastro Nacional de Adoção. Assim, corrobora-se para garantir a dignidade das crianças, mães e gestantes.

6. Diante do exposto, visando salvaguardar o exercício regular da Medicina, solicitamos aos Conselhos Regionais de Medicina que informem aos Diretores Técnicos de Estabelecimentos de Saúde de suas circunscrições, orientando-os sobre o assunto em tela.

7. Sendo o que se apresenta no momento, renovamos nossos votos de estima e consideração.

Atenciosamente,


CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA
 Presidente

Circular CFM 107/2017. GNDH. Recomendação Art. 258-B Lei 8069/1990.Rônc

SCAS 915 Lote 72
 CEP: 70390-150 Brasília DF
 Fone: (0xx61) 3445-5900
 Fax: (0xx61) 3346-0231
<http://www.portalmédico.org.br>

5.8 ESTABELECIMENTO ASILAR

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

5.9 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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremej.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 158, 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.

[...]

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.[...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

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.[...]

Accesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 277, DE 03 DE MAIO DE 2016

Regulamenta a participação de médico estrangeiro e de médico brasileiro, formados por faculdade estrangeira, nos programas de pós-graduação no Estado do Rio de Janeiro, bem como indica a responsabilidade quanto aos atos médicos executados pelos referidos médicos.

[...]

Art. 1º As instituições que mantêm programas de ensino de pós-graduação, oferecidos aos médicos estrangeiros detentores de visto temporário que venham ao Brasil na condição de estudante (inciso IV do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro), e aos brasileiros com diplomas de Medicina obtidos em faculdades no exterior, porém não revalidados,

deverão obedecer as seguintes exigências:

I - Inscrever os programas da instituição, através de ofício, indicando o médico preceptor responsável por cada um deles.

II - Juntar declaração do médico preceptor responsável por cada programa, aceitando sua indicação. [...]

5.10 FISCALIZAÇÃO

RESOLUÇÃO ANVISA RDC Nº 50, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2002

Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

[...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

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.

[...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

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.[...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

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.

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.073, DE 28 DE MARÇO DE 2014

Publicada no DOU, 11 abr. 2014, Seção I, p.154

Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 2.056/13, que 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

5.11 IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.069, DE 30 DE JANEIRO DE 2014

Padroniza a identificação dos médicos (em placas, impressos, batas ou vestimentas e/ou crachás) nos estabelecimentos de assistência médica ou de hospitalização (serviços de saúde), públicos e privados, em todo o território nacional. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

5.12 MÉDICO RESIDENTE

Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977

Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, usando das atribuições que lhe confere o artigo 81, item III, da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º A Residência em Medicina constitui modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

[...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremelj.org.br/resolucoes/>

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.[...]

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 204/2005

Dispõe sobre a proibição do médico participar de Programas de Residência com características multiprofissionais.

[...]

Art.1º É vedado ao médico participar como Monitor, Preceptor, Residente ou de qualquer outra forma dos chamados Programas de Residência Integrada, Residência Multiprofissional, Residência Multidisciplinar, Residência Interdisciplinar de Saúde ou quaisquer outras denominações similares onde, além do médico, estejam ou sejam admitidos outros profissionais da área da Saúde.

Art.2º Constitui infração ética o não cumprimento do disposto na presente Resolução.[...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

DECRETO Nº 7.562, DE 15 DE SETEMBRO DE 2011.

Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, alínea "a", da Constituição, e tendo em vista o disposto nos arts. 9º, incisos VIII e IX do caput, e 46, da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, na Lei no 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e na Lei no 6.932, de 7 de julho de 1981,

DECRETA:

[...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Este Decreto dispõe sobre a composição e a competência da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM, e sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação das instituições que ofertam residência médica e de seus respectivos programas.

Art. 2º A CNRM é instância colegiada de caráter consultivo e deliberativo do

Ministério da Educação e tem a finalidade de regular, supervisionar e avaliar as instituições e os programas de residência médica.

Parágrafo único. A regulação das instituições e dos programas de residência médica deverá considerar a necessidade de médicos especialistas indicada pelo perfil socioepidemiológico da população, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

5.13 NOME SOCIAL

DECRETO Nº 8.727, DE 28 DE ABRIL DE 2016

Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

[...]

Art. 1º Este Decreto dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis ou transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

Parágrafo único. Para os fins deste Decreto, considera-se:

I - nome social - designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida; e

I - identidade de gênero - dimensão da identidade de uma pessoa que diz respeito à forma como se relaciona com as representações de masculinidade e feminilidade e como isso se traduz em sua prática social, sem guardar relação necessária com o sexo atribuído no nascimento.

Art. 2º Os órgãos e as entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, em seus atos e procedimentos, deverão adotar o nome social da pessoa travesti ou transexual, de acordo com seu requerimento e com o disposto neste Decreto.

Parágrafo único. É vedado o uso de expressões pejorativas e discriminatórias para referir-se a pessoas travestis ou transexuais.

Art. 3º Os registros dos sistemas de informação, de cadastros, de programas, de serviços, de fichas, de formulários, de prontuários e congêneres dos órgãos e das entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional deverão conter o campo "nome social" em destaque, acompanhado do nome civil, que será utilizado apenas para fins administrativos internos

Art. 4º Constará nos documentos oficiais o nome social da pessoa travesti ou transexual, se requerido expressamente pelo interessado, acompanhado do nome civil.

Art. 5º O órgão ou a entidade da administração pública federal direta, autárquica e fundacional poderá empregar o nome civil da pessoa travesti ou transexual, acompanhado do nome social, apenas quando estritamente necessário ao atendimento do interesse público e à salvaguarda de direitos de terceiros.

Art. 6º A pessoa travesti ou transexual poderá requerer, a qualquer tempo, a inclusão de seu nome social em documentos oficiais e nos registros dos sistemas de informação, de cadastros, de programas, de serviços, de fichas, de formulários, de prontuários e congêneres dos órgãos e das entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

Art. 7º Este Decreto entra em vigor:

I - um ano após a data de sua publicação, quanto ao art. 3º; e

II - na data de sua publicação, quanto aos demais dispositivos. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

5.14 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 papeleria 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.

[...]

RESOLUÇÃO CFM nº 2.126, DE 16 DE JULHO DE 2015

Altera as alíneas "c" e "f" do art. 3º, o art. 13 e o anexo II da Resolução CFM nº 1.974/11, que 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.

[...]

Art. 13 As mídias sociais dos médicos e dos estabelecimentos assistenciais em Medicina deverão obedecer à lei, às resoluções normativas e ao Manual da Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame).

§1º Para efeitos de aplicação desta Resolução, são consideradas mídias sociais: sites, blogs, Facebook, Twitter, Instagram, YouTube, WhatsApp e similares.

§2º É vedada a publicação nas mídias sociais de autorretrato (selfie), imagens e/ou áudios que caracterizem sensacionalismo, autopromoção ou concorrência desleal.

§ 3º É vedado ao médico e aos estabelecimentos de assistência médica a publicação de imagens do “antes e depois” de procedimentos, conforme previsto na alínea “g” do artigo 3º da Resolução CFM nº 1.974/11.

§4º A publicação por pacientes ou terceiros, de modo reiterado e/ou sistemático, de imagens mostrando o “antes e depois” ou de elogios a técnicas e resultados de procedimentos nas mídias sociais deve ser investigada pelos Conselhos Regionais de Medicina. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

5.15 TELEMEDICINA

RESOLUÇÃO CFM nº 1.643, DE 07 DE AGOSTO DE 2002

Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina.

[...]

Art. 1º - Definir a Telemedicina como o exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em Saúde. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CFM nº 1.653, DE 06 DE NOVEMBRO DE 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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.107, DE 25 DE SETEMBRO DE 2014

Define e normatiza a Telerradiologia e revoga a Resolução CFM nº 1890/09

[...]

Art. 1º Definir a Telerradiologia como o exercício da Medicina, onde o fator crítico é a distância, utilizando as tecnologias de informação e de comunicação para o envio de dados e imagens radiológicas com o propósito de emissão de relatório, como suporte à

atividades desenvolvidas localmente.[...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

5.16 TRANSEXUALISMO E GENITALISMO

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.955, DE 12 DE AGOSTO DE 2010

Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02.

[...]

Art. 1º Autorizar a cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo.

Art. 2º Autorizar, ainda a título experimental, a realização de cirurgia do tipo neofaloplastia.

Art. 3º Que a definição de transexualismo obedecerá, no mínimo, aos critérios abaixo enumerados:

- 1) Desconforto com o sexo anatômico natural;
- 2) Desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto;
- 3) Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos;
- 4) Ausência de outros transtornos mentais.

Art. 4º Que a seleção dos pacientes para cirurgia de transgenitalismo obedecerá a avaliação de equipe multidisciplinar constituída por médico psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo e assistente social, obedecendo os critérios a seguir definidos, após, no mínimo, dois anos de acompanhamento conjunto:

- 1) Diagnóstico médico de transgenitalismo;
- 2) Maior de 21 (vinte e um) anos;
- 3) Ausência de características físicas inapropriadas para a cirurgia.

Art 5º O tratamento do transgenitalismo deve ser realizado apenas em estabelecimentos que contemplem integralmente os pré-requisitos estabelecidos nesta resolu-

ção, bem como a equipe multidisciplinar estabelecida no artigo 4º.

§ 1º O corpo clínico destes hospitais, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, deve ter em sua constituição os profissionais previstos na equipe citada no artigo 4º, aos quais caberá o diagnóstico e a indicação terapêutica.

§ 2º As equipes devem ser previstas no regimento interno dos hospitais, inclusive contando com chefe, obedecendo aos critérios regimentais para a ocupação do cargo.

§ 3º Em qualquer ocasião, a falta de um dos membros da equipe ensejará a paralisação de permissão para a execução dos tratamentos.

§ 4º Os hospitais deverão ter comissão ética constituída e funcionando dentro do previsto na legislação pertinente.

Art. 6º Deve ser praticado o consentimento livre e esclarecido.

Art. 7º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Resolução CFM nº 1.652/02.

ROBERTO LUIZ D'AVILA
Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-Geral

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

PORTARIA MS/GM Nº 2.803, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013

Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).

[...]

Art. 1º Fica redefinido e ampliado o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).

ANEXO I

NORMAS DE HABILITAÇÃO PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

[...]

1.8. RECURSOS HUMANOS RESPONSÁVEL TÉCNICO:

O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador modalidade ambulatorial deve contar com um responsável técnico, de qualquer área da saúde, com nível superior e experiência comprovada na área do Processo Transexualizador. O Responsável Técnico do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador modalidade ambulatorial só poderá assumir a responsabilidade técnica por um único Estabelecimento habilitado em Atenção Especializada no Processo Transexualizador modalidade ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, devendo residir no mesmo município ou cidade circunvizinha. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

2. NORMAS DE HABILITAÇÃO PARA A MODALIDADE HOSPITALAR

[...]

2.8. RECURSOS HUMANOS

Responsável Técnico: O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador modalidade hospitalar deve contar com um responsável técnico pelo serviço de cirurgia, médico com título de especialista em uma das seguintes especialidades:

Urologia ou Ginecologia ou Cirurgia Plástica e comprovada por certificado de Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC) ou título de especialista registrado no Conselho Regional de Medicina;

O Responsável Técnico do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador modalidade hospitalar só poderá assumir a responsabilidade técnica por um único Estabelecimento habilitado em Atenção Especializada no Processo Transexualizador modalidade hospitalar pelo Sistema Único de Saúde, devendo residir no mesmo município ou cidade circunvizinha. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

5.17 URGENCIA E EMERGÊNCIA

RESOLUÇÃO CREMERJ N° 17, DE 27 DE MAIO DE 1987

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

[...]

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. 10º 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. 11º 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.[...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CFM N° 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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 100, DE 18 DE MARÇO DE 1996

Estabelece as "Normas Mínimas para o Atendimento de Urgên-

cias 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). [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

PORTARIA MS/GM Nº 479, DE 15 DE ABRIL DE 1999

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

[...]

Art. 1º Criar mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar e m Atendimento de Urgências e Emergências.[...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

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, classifica-

ção 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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremej.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.110, DE 25 DE SETEMBRO DE 2014

Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência, em todo o território nacional.

[...]

Art. 1º Esta resolução se aplica aos serviços pré-hospitalares móveis de urgência e emergência, públicos e privados, civis e militares, em todos os campos de especialidade.

Art. 2º O sistema de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência 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. 3º Todo o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência deverá ter diretor clínico e diretor técnico, ambos com registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) da Jurisdição onde se localiza o serviço, os quais responderão pelas ocorrências de acordo com as normas legais vigentes. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremej.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.079, DE 14 DE AGOSTO DE 2014

Publicada no DOU, 16 set. 2014, Seção 1, p. 81-82

Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades.

[...]

Art. 6º As diretorias clínica e técnica, bem como a direção administrativa, devem garantir qualidade e segurança assistencial ao paciente e ao médico na UPA, de acordo com o disposto no anexo desta resolução.

Art. 7º Tornar necessária a qualificação mínima dos profissionais médicos para o trabalho em UPAs, mediante o disposto no Capítulo VII, item 2, alínea B-3 da Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002, capacitação essa de responsabilidade dos gestores, segundo preconizado pela portaria.

Parágrafo único. É obrigação do diretor técnico da UPA exigir documentalmente do gestor a capacitação prevista no caput.[...]

Art. 17. O médico plantonista da UPA deverá acionar imediatamente o diretor técnico da unidade quando:

a) Forem detectadas condições inadequadas de atendimento na UPA, com superlotação das salas de observação e/ou de estabilização, ou deficiências na estrutura física;

b) Houver pacientes que necessitem de unidade de terapia intensiva ou necessidade de transferência para atendimento hospitalar, e não houver leito disponível na Rede;

c) O médico plantonista da UPA não conseguir transferir paciente no fluxo do sistema de regulação de leitos.

§ 1º A “vaga zero” é um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências.

§ 2º O encaminhamento de pacientes como “vaga zero” é prerrogativa e responsabilidade exclusiva dos médicos reguladores de urgências, que obrigatoriamente deverão tentar fazer contato telefônico com o médico que irá receber o paciente no hospital de referência, detalhando o quadro clínico e justificando o encaminhamento proveniente da UPA.[...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.077, DE 24 DE JULHO DE 2014

Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho.

[...]

Art. 16. O hospital deverá disponibilizar, em todas as enfermarias, leitos de internação para pacientes egressos do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência em número suficiente para suprir a demanda existente. Em caso de superlotação do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência e ocupação de todos os leitos de retaguarda, é de responsabilidade do diretor técnico da instituição prover as condições necessárias para a internação ou transferência destes pacientes.

Art. 17. O médico plantonista do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência deverá acionar imediatamente o coordenador de fluxo, e na inexistência deste o diretor técnico do hospital, quando:

a) forem detectadas condições inadequadas de atendimento ou constatada a inexistência de leitos vagos para a internação de pacientes, com superlotação do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência;

b) houver pacientes que necessitem de unidade de terapia intensiva e não houver leito disponível;

c) quando o Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência receber pacientes encaminhados na condição de “vaga zero”.

§ 1º A “vaga zero” é um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências.

§ 2º O encaminhamento de pacientes como “vaga zero” é prerrogativa e responsabilidade exclusiva dos médicos reguladores de urgências, que deverão, obrigatoriamente, tentar fazer contato telefônico com o médico que irá receber o paciente no hospital de referência, detalhando o quadro clínico e justificando o encaminhamento.

§ 3º Em caso de transferência de pacientes de unidades de saúde para hospitais de maior complexidade em “vaga zero”, as informações detalhadas em relação ao quadro clínico do paciente deverão ser encaminhadas, por escrito, pelo médico solicitante do serviço de saúde de origem.

§ 4º No caso de utilizar-se a “vaga zero” em Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência superlotado ou sem capacidade técnica de continuidade do tratamento, caberá à equipe médica estabilizar o paciente e, após obtidas as condições clínicas que permitam a transferência, comunicar o fato à regulação, persistindo a responsabilidade do gestor público pela obtenção de vagas para a continuidade do tratamento e, se necessário, com a compra de leitos na forma da lei.

Art. 18. Uma vez acionado em função da superlotação, o diretor técnico do hospital deverá notificar essa circunstância ao gestor responsável e ao Conselho Regional de Medicina, para que as medidas necessárias ao enfrentamento de cada uma das situações sejam desencadeadas.

Parágrafo único. Nos casos de recusa ou omissão por parte do gestor, o diretor técnico deverá comunicar imediatamente o fato ao Ministério Público, dando ciência ao Conselho Regional de Medicina. [...]

6. LEGISLAÇÃO DOS CONSELHOS DE MEDICINA

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 destes.

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 ele 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 sobre 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 toda 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 segredo 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, poden-

do, 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 imposto sindical pago pelos médicos a fim de que sejam empregados na instalação do mesmo Conselho e dos Conselhos Regionais.

Art. 34. O Governo 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 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.

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

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 ins-

crição 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 resolutorios", 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, decalçadas 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 pessoa 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 preesta-

belecidos 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 deste regulamento.

Art. 20. Depois da competente "vista" ao recorrido, que será de dez (10) dias, a contar da ciência do despacho do Presidente designará este 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 30-9-957.

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 cinqüenta (50) médicos inscritos;
- b) dez (10) até cento e cinqüenta (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 estabelecer 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 votan-

tes 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.

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremej.org.br/resolucoes/>

LEI FEDERAL 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. [...]

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremej.org.br/resolucoes/>

LEI FEDERAL Nº 11.000, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2004

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os arts. 4º e 5º da Lei nº 3268, de 30 de setembro de 1957, passam a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 4º O Conselho Federal de Medicina compor-se-á de 28 (vinte e oito) conselheiros titulares, sendo:

I - 1 (um) representante de cada Estado da Federação;

II - 1 (um) representante do Distrito Federal; e

III - 1 (um) representante e respectivo suplente indicado pela Associação Médica Brasileira.

§ 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.

§ 2º Para a candidatura à vaga de conselheiro federal, o médico não necessita ser conselheiro do Conselho Regional de Medicina em que está inscrito.” (NR)”

Art. 5º

j) fixar e alterar o valor da anuidade única, cobrada aos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina; e

l) normatizar a concessão de diárias, jetons e auxílio de representação, fixando o valor máximo para todos os Conselhos Regionais.” (NR)

Art. 2º Os Conselhos de fiscalização de profissões regulamentadas são autorizados a fixar, cobrar e executar as contribuições anuais, devidas por pessoas físicas ou

jurídicas, bem como as multas e os preços de serviços, relacionados com suas atribuições legais, que constituirão receitas próprias de cada Conselho.

§ 1º Quando da fixação das contribuições anuais, os Conselhos deverão levar em consideração as profissões regulamentadas de níveis superior, técnico e auxiliar.

§ 2º Considera-se título executivo extrajudicial a certidão relativa aos créditos mencionados no caput deste artigo e não pagos no prazo fixado para pagamento.

§ 3º Os Conselhos de que trata o caput deste artigo ficam autorizados a normatizar a concessão de diárias, jetons e auxílios de representação, fixando o valor máximo para todos os Conselhos Regionais.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Fica revogado o art. 10 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957.

Brasília, 15 de dezembro de 2004; 183º da Independência e 116º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

DECRETO FEDERAL Nº 6.821, DE 14 DE ABRIL DE 2009

Publicado no DOU, 15 abr. 2009, Seção I, p. 2

Altera o Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, que 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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957,

DECRETA :

Art. 1º O art. 24 do Regulamento do Conselho Federal de Medicina e Conselhos Regionais de Medicina, aprovado pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, passa a vigorar acrescido do seguinte § 2º, ficando o parágrafo único transformado em § 1º:

“§ 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.” (NR)

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 14 de abril de 2009; 188º da Independência e 121º da República

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Carlos Lupi

Acesse esta norma na Biblioteca Eletrônica <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>

REFERÊNCIAS

- BRASIL. 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 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.
- _____. 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 MS/GM nº479, de 15 de abril de 1999. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 16 abr. 1999, Seção 1, p. 79.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 22 nov. 2013, Seção 1.
- _____. 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. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 nov. 2002. Seção 1, p.37.
- _____. Decreto Federal nº 7.562, de 15 de Setembro de 2011. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília, DF, 16 set. 2011. Seção 1, p.3-6
- _____. Decreto Federal nº 80.281, de 5 de Setembro de 1977. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília, DF, 05 set. 1977. Seção 1, p.11787.
- _____. 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 nº 6.821, de 14 de abril de 2009. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 de abr. de 2009. Seção 1, p.2.
- _____. Decreto Nº 8.727, de 28 de abril de 2016. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 29 abr. 2016.
- _____. Lei Federal nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 27 nov. 2001.
- _____. 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 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 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.
- _____. Lei. Nº 11.259, de 30 de dezembro de 2005. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília, DF, 02 jan. 2016.
- _____. 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: 18/06/2015.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 134, de 04 de abril de 2011. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília, DF, 31 mai. 2011. Seção 1, p.53.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. 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 1.671, de 09 de julho de 2003. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 29 jul. 2003. Seção 1, p. 75-78.

_____. Resolução nº 2.057, de 20 de setembro de 2013. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 12 nov. 2013, Seção 1, p. 165-171.

_____. Resolução nº 2.073, de 28 de março de 2014. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 11 abr. 2014, Seção 1, p. 154.

_____. 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 997, 23 de maio de 1980. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 24 jun. 1980. Seção 1.

_____. 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...

_____. 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.

_____. Resolução nº 1.642, DE 7 DE AGOSTO DE 2002. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 26 ago. 2002, Seção 1, p. 204-205.

_____. Resolução nº 1.236, de 14 de março de 1987.. Revista de Resoluções do CFM, v. 13, out./1984 - jan./1989.

_____. Resolução nº 1.590, DE 15 DE DEZEMBRO DE 1999. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 22 dez. 1999, Seção 1, p. 275.

_____. Resolução nº 1.627, DE 23 DE OUTUBRO DE 2001. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 16 nov. 2001, Seção 1, p. 219.

_____. 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. 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. 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. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 02 dez. 2002. Seção 1, p. 81.

_____. Resolução nº 1.665, de 07 de maio de 2003. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 3 jun. 2003, Seção 1, p. 83-84

_____. Resolução nº 1.672, de 09 de julho de 2003. 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. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 17 ago. 2004, Seção 1, p. 76

_____. Resolução nº 1.779, 11 de novembro de 2005. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 05 dez. 2005, Seção 1, p. 121.

_____. Resolução nº 1.821, de 11 de julho de 2007. 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 1.955, de 12 de agosto de 2010. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 03 set. 2010, Seção 1, p. 109-110.

_____. Resolução nº 1.974, de 14 de julho de 2011. 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. 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. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 08 set. 1997. p. 19.802.

_____. Resolução nº 1493, de 15 de maio de 1998. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 20 maio 1998, Seção 1, p. 106.

_____. Resolução nº 2.147, DE 27 DE OUTUBRO DE 2016. Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 27 out. 2017, Seção 1, p. 332-4.

_____. Resolução nº 2.152, DE 10 DE NOVEMBRO DE 2016. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 10 nov. 2016, Seção 1, p. 566.

_____. Resolução nº 663, de 28 de fevereiro de 1975. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 12 ago. 1975, Seção 1, Parte 2.

_____. Resolução nº 2.056, de 20 de setembro de 2013. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 12 nov. 2013, Seção 1, p. 162-3.

_____. 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...

_____. Recomendação nº 08, de 12 de março de 2015. Recomenda a criação, o funcionamento e a participação dos médicos nos Comitês de Bioética.

_____. Resolução nº 1.451, de 10 de março de 1995. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 17 mar. 1995, Seção 1, p. 3666.

_____. Resolução nº 2.007, de 10 de Janeiro de 2013. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 fev. 2013, Seção 1, p.200.

_____. Resolução nº 2.079, de 14 de agosto de 2014. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, em 16 set. 2014, Seção 1, p. 81-82.

_____. Resolução nº 2077, de 24 de julho de 2014. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, em 16 set. 2014, seção 1, p. 81-82.

_____. Resolução nº 2.126, de 16 de julho de 2015. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 01 de out. 2015, Seção I, p. 131.

_____. Resolução nº 2.107, de 25 de setembro de 2014. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 19 jan. 2009, Seção 1, p. 94-5p.

_____. Resolução nº 2110, de 25 de setembro de 2014. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 2 em 19 nov. 2014, Seção I, p. 199.

_____. Resolução nº 1.643, de 7 de agosto de 2002. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 26 ago.2002, Seção 1, p. 205.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Resolução nº 02, de 09 de maio de 1984. Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.

_____. Resolução nº 35, de 27 de fevereiro de 1991. Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.

_____. Resolução CREMERJ nº 40, de 07 de fevereiro de 1992. Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 08 de abr. 1992, seção 1, p. 4454.

_____. Resolução nº 41, de 07 de fevereiro de 1992. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 08 abr. 1992, Seção 1, p. 4454.

_____. Resolução CREMERJ nº 56, de 20 de outubro de 1993. Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 03 nov. 1993 seção 1, p. 16537.

_____. Resolução nº 222, de outubro de 2006. Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 01 nov. 2006, Parte V, p. 7-8

_____. Resolução nº 80, de 16 de dezembro de 1994. Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 19 jan. 1995, Parte V.

_____. Resolução nº 100, de 18 de março de 1996. Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 17 mar. 1995, Seção 1, p. 3666.

_____. 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 115, 13 de agosto de 1997. Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 05 set. 1997, Parte V, p. 7.

_____. Resolução nº 123, de 25 de março de 1998. 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. 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. Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.

_____. Resolução nº 186, de 08 de janeiro de 2003. Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 16 jan. 2003, Parte 5, p. 8.

_____. Resolução nº 23 de 1988 Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 01 fev. 1989, Parte V, p. 11

_____. 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 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 CREMERJ nº 42, de 16 de maio de 1992. Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 22 jul. 1992, seção 1, p. 9775.

_____. Resolução nº 17, de 27 de maio de 1987. Estabelece normas gerais que orientam os procedimentos médicos nas diferentes modalidades de atendimento.

_____. Resolução CREMERJ 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 122, de 25 de março de 1998. Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 01 jun. 1998, Parte 5.

_____. Resolução nº 158, 25 de outubro de 2000. Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, em 10 de novembro de 2000. Parte 5.

_____. Resolução nº 247, de 28 de janeiro de 2009. Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 26 fev. 2009, Parte 5, p. 10.

_____. Resolução nº 277, de 03 de maio de 2016. Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 10 Jun. 2016, Parte V, RJ, Seção 1, p.16.

_____. Resolução nº 282, de 22 de novembro de 2016. Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 22 nov. 2016.

_____. Resolução nº 80, 16 de dezembro de 1994. Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, do Estado do Rio de Janeiro em 19/01/1995.

_____. Resolução nº 81, de 16 de dezembro de 1994. Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 19

jan. 1995, Parte 5.

_____. Resolução nº 83, de 11 de janeiro de 1995. Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 19 jan. 1995, Parte 5.

_____. Resolução nº 120, de 04 de fevereiro de 1998. Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 01 jun. 1998, Parte 5.

_____. Resolução nº 192, de 02 de abril de 2003. Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 21 maio 2003, Parte V, p. 14.

_____. Resolução nº 17, de 27 de maio de 1987

_____. Resolução nº 213, de 09 de janeiro de 2006. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, 19 jan. 2006, Parte V, p. 11.

_____. Resolução nº 204, 02 de março de 2005. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, 21 mar. 2005, Parte 5, p. 15.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). RESOLUÇÃO SES Nº 550, DE 23 DE JANEIRO DE 1990. Dispõe sobre a expedição de Atestado de Óbito de pacientes que venham a falecer por causa natural a caminho ou nas dependências de Pronto-Socorro ou ambulatório público ou privado e dá outras providências. Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 26 jan. 1990.

ORIENTAÇÕES E ENDEREÇOS**ENDEREÇOS****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

OUVIDORIA

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 PIRAI

Rua Tiradentes, nº 50/ sala 401 - Centro
CEP: 27135-500 - Barra do Pirai/RJ
Tel.: (24) 2442-7053
e-mail: barradopirai@crm-rj.gov.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE BARRA MANSÁ

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.portalmedico.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