

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina do PR.

jan. - março/84 - ano I - nº 1

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

GESTÃO 83/86

DIRETORIA:

Presidente: Dr. Duilton de Paola
Vice-Presidente: Dr. Luiz Carlos Sobania
1º Secretário: Dr. Ricardo Akel
2º Secretário: Dr. Osmar Martins
Tesoureiro: Dr. Maurizio Pedrazzani

CONSELHEIROS 83 a 88

MEMBROS EFETIVOS

Dr. Luiz Carlos Sobania
Dr. Frederico João Massignan
Dr. Maurizio Pedrazzani
Dr. Duilton de Paola
Dr. Natal Jatai de Camargo
Dr. Carlos Alberto A. Boer
Dr. Ricardo Akel
Dr. Nelson Egydio de Carvalho
Dr. Joel Vieira Gonçalves
Dr. Hélio Germiniani
Dr. Farid Sabbag
Dr. Eurípedes Ferreira
Dr. Salim Acras
Dr. Luiz Fernando Cajado de O. Braga
Dr. Gilberto Saciloto
Dr. Osvaldo Malafaia
Dr. José Antonio Maingué
Dr. Mário Budant de Araújo
Dr. Osmar Martins
Dr. Ehrenfried O. Wittig

SUPLENTES

Dr. Octaviano Baptistini Júnior
Dr. João Nassif
Dr. Jackson Herrera
Dr. Nasir Jamil Bauab
Dr. João Geraldo P. Mercer
Dr. Reginaldo Werneck Lopes
Dr. Antonio Leite Oliva Filho
Dr. Edison Matos Novak
Dr. Ildefonso Amoêdo Canto
Dra. Lorete Maria da Silva Kotze
Dr. Sanito W. Rocha
Dr. Paulo Roberto Cruz Marquetti
Dr. Sérgio Todeschi
Dr. Sérgio Fonseca Tarlé
Dr. Lauro Del Valle Pizarro
Dr. Marco Aurélio de Quadros Cravo
Dr. Nelson Couto Rezende
Dr. Milton Cesar Scaramuzza
Dr. Paulo Renato Sebrão
Dr. Jurandir Marcondes Ribas Filho

EDITORIAL

Com esta edição, o Conselho Regional de Medicina inicia sua marcha em direção ao médico. É o diálogo possível dentro de nossa realidade econômica territorial. Ao final de cada trimestre estaremos presentes, dizendo tudo o que nos parecer relevante para a vida do médico, dos preceitos mais simples, até algumas utópicas aspirações para um futuro, esperamos, não muito distante.

É crítico o momento da vida do médico brasileiro e de suas definições. É talvez chegada a hora do estabelecimento de uma posição sólida e suficientemente embasada para enfrentar a realidade. Realidade que, de tão sobejamente conhecida e vivida, não merece ser ainda uma vez mais lembrada. Por que nos preocupa o momento? Porque a decisão é, a nosso ver, inevitável. Ou nos posicionamos ou permaneceremos neste estado confusional e incerto com evidente tendência à piora.

Qual é a realidade mais incontestada na atualidade, no dia a dia do médico, excetuando a minoria privilegiada que ainda mantém a elite da clientela particular? É a dependência quase total a um sistema empregador poderoso e alheio aos reclamos da classe. E o que poderemos esperar dentro dessa realidade? Nada de mais alentador ou até menos ainda. Então dirão os menos avisados: somos contrários a uma assistência médica estatal? Não, evidentemente não. Porém somos contrários a qualquer sistema de assistência médica que de alguma forma tente, sob as várias alegações, desvalorizar o trabalho médico, ou que pretenda veicular o valor deste trabalho a parâmetros estranhos. Cada classe de profissionais deve ter o seu valor reconhecido e muito bem reconhecido.

Em princípio aceitamos que todo médico é honesto, responsável e capaz, portanto apto a exercer a sua profissão. Aqueles que se mostrarem despojados destas qualidades, sejam penalizados éticamente e sofram a ação da Justiça comum. Mas o que não aceitamos é a generalização de conclusões precipitadas oriundas de casos isolados.

Dentro desta colocação, entendemos a necessidade de um sistema nacional de saúde, no qual a classe médica tenha participação ativa, voz e voto decisório na parte que lhe compete. A simples convocação e coleta de opiniões não dá o aval definitivo nas questões médicas básicas. É preciso que, além disso, a vivência prática seja não só discutida e analisada, mas também considerada. Só desta forma alcançaremos melhores condições para o médico em benefício do paciente.

É verdade que ao analisarmos a atividade médica do momento, também devemos nos penitenciar de algumas realidades que estão a reclamar urgentes soluções. A qualificação profissional, por exemplo. Sabemos que num país possuidor de 76 Escolas Médicas, das quais considerável número está aquém do aceitável, e que formam cerca de nove mil médicos por ano, seguramente um terço a mais do que exigem nossas necessidades, não é fácil corrigir distorções a curto prazo. Mas o que não podemos tolerar é ver o início dessa tarefa constantemente adiada.

Os problemas médicos se iniciam a partir dos bancos das faculdades. É de lá que partiremos para atingí-los e solucioná-los, pelo menos na parte de competência da área. Não pretendemos nos arvorar em reformadores e donos da verdade incontestável. Não é o objetivo. Sabemos das dificuldades, mas também sabemos o quão pouco se tem feito para corrigir apreciável número de falhas, algumas até julgadas elementares.

Falta de capacidade dos dirigentes? Não cremos.

Falta de coragem para tentar vencer os obstáculos? Talvez.

Ao nosso ver falta despreendimento para o dirigente assumir o posicionamento correto, desconsiderando possíveis críticas ou ameaças profissionais, agindo unicamente em busca do melhor para a realidade que o momento oferece.

É dentro deste estado oscilante e confuso de coisas que nos colocamos, concitando a união da classe médica para a luta e a conquista dos ideais.

Que cada um faça a sua parcela e muito bem feita.

O Conselho Regional de Medicina do Paraná dentro deste posicionamento está iniciando um trabalho objetivando a sua parte neste todo. Com a divulgação trimestral do nosso Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná, alertaremos, orientaremos, procuraremos prevenir os deslises possíveis, mas também estaremos vigilantes para o cumprimento da nossa lei básica, o Código de Ética Médica.

Ao mesmo tempo estaremos aceitando todas as sugestões e todas as críticas que possam somar para a melhoria deste trabalho.

Entendemos que desta forma estaremos cumprindo com nosso dever, aliado ao médico em defesa da dignidade da nossa profissão.

E como parte importante e integrante da Nação, que somos, queremos oferecer a nossa parcela assumindo a responsabilidade de nos incorporarmos na luta para que o Brasil conquiste com soberania a posição que o futuro lhe reserva.

Duilton de Paola
Presidente CRM-PR

**DIRETORIAS DO CONSELHO REGIONAL DE
MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ
1958 a 1983**

PERÍODO Junho/58 a Maio/59

DIRETORIA PROVISÓRIA

Presidente:

Dr. Milton de Macedo Munhoz

Vice-Presidente:

Dr. Aroldo Marques Sardenberg

1º Secretário:

Dr. João Atila Rocha

2º Secretário:

Dr. Benoni Laurindo Ribas

Tesoureiro:

Dr. João Ernani Bettega

PERÍODO — Maio/66 a Novembro/68

4ª DIRETORIA

Presidente:

Dr. Brasília Vicente de Castro

Vice-Presidente:

Dr. Victor do Amaral Filho

1º Secretário:

Dr. Daniel Egg

2º Secretário:

Dr. Lívio F. Gomes Moreira

Tesoureiro:

Dr. João Manoel Ribeiro dos Santos

PERÍODO Maio/59 a Dezembro/61

1ª DIRETORIA

Presidente:

Dr. João Vieira de Alencar

Vice-Presidente:

Dr. Adolfo Barbosa Goes

1º Secretário:

Dr. Ernani Simas Alves

2º Secretário:

Dr. Plínio Mattos Pessoa

Tesoureiro:

Dr. Ruy Noronha Miranda

PERÍODO — Novembro/68 a Outubro/73

5ª DIRETORIA

Presidente:

Dr. Felix do Rego Almeida

Vice Presidente:

Dr. Adyr S. Mulinari

1º Secretário:

Dr. Francisco de Paula Soares Filho

2º Secretário:

Dr. Dirceu de Conti

Tesoureiro:

Dr. Elías Zacarias

PERÍODO — Dezembro/61 a Novembro/63

2ª DIRETORIA

Presidente:

Dr. Abdon Pacheco Nascimento

Vice Presidente:

Dr. Orlando Moro

1º Secretário:

Dr. Alceu F. Pacheco

2º Secretário:

Dr. Haroldo Beltrão

Tesoureiro:

Dr. Lauro Wolf Valente

PERÍODO — Outubro/73 a Março/76

6ª DIRETORIA

Presidente:

Dr. Pedro Emilio de Cerqueira Lima Neto

Vice-Presidente:

Dr. José Carlos Ross

1º Secretário:

Dr. Acir Mulinari

2º Secretário:

Dr. Luiz Fernando B. Beltrão

Tesoureiro:

Dr. José Maurício Holtz

PERÍODO — Novembro/63 a Maio/66

3ª DIRETORIA

Presidente:

Dr. Ernani Simas Alves

Vice-Presidente:

Dr. Brasília Vicente de Castro

1º Secretário:

Dr. Benoni Laurindo Ribas

PERÍODO — Março/76 a Outubro/78

7ª DIRETORIA

Presidente:

Dr. José Carlos Ross

Vice-Presidente:

Dr. José Lobato da Costa

1º Secretário:

Dr. Acir Mulinari

2º Secretário:
Dr. Amaury Luciano de Munhoz
Tesoureiro:
Dr. Iseu de Santos E. A. da Costa

PERÍODO -- Outubro/78 a Março/81

8ª DIRETORIA

Presidente:
Dr. José Carlos Ross
Vice-Presidente:
Dr. Iseu de Santo E. A. da Costa

1º Secretário:
Dr. Antonio Carlos R. Sprenger

2º Secretário:
Dr. Osvaldo Malafaia
Tesoureiro:
Dr. Ayssor Jamur

2º Secretário:
Dr. Antonio Ulisses Gavazzoni
Tesoureiro:
Dr. Ayssor Jamur

PERÍODO -- Março/81 a Outubro/83

9ª DIRETORIA

Presidente:
Dr. José Carlos Ross
Vice-Presidente:
Dr. Alberto Accioly Veiga

1º Secretário:
Dr. Fernando Veiga Ribeiro

2º Secretário:
Dr. Osvaldo Malafaia
Tesoureiro:
Dr. Ayssor Jamur

**CONSELHEIROS DO CONSELHO REGIONAL
DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ
1959 a 1983**

PERÍODO: MAIO/59 a NOVEMBRO/63

MEMBROS EFETIVOS

Dr. Abdon Pacheco do Nascimento
Dr. Alceu Fontana Pacheco
Dr. Atlantido Borba Côrtes
Dr. Anchises Marques de Faria
Dr. Ernani Simas Alves
Dr. Gastão Pereira da Cunha
Dr. Haroldo T. Beltrão
Dr. Heinz Rücker
Dr. Irineu Antunes
Dr. João Vieira de Alencar
Dr. Lysandro Santos Lima
Dr. Mário Braga de Abreu
Dr. Ney Regattieri Nascimento
Dr. Plínio Mattos Pessoa
Dr. Orlando Malucelli Moro
Dr. Adolfo Barbosa Góis
Dr. Carlos Costa Branco
Dr. João Dias Ayres
Dr. Roaldo Amundsen Koehler
Dr. Ruy Noronha Miranda

MEMBROS SUPLENTEs

Dr. Adyr S. Mulinari
Dr. Amílcar Gigante
Dr. Arnaldo Moura
Dr. Attilio D'Aló Júnior
Dr. Carlos Cunha
Dr. Eduardo Corrêa Lima
Dr. Elói Vicente Betttega
Dr. Felipe Lerner
Dr. Cláucio Bandeira
Dr. Hamilton Lacerda Suplicy
Dr. João Figueiredo
Dr. Clyceu Carlos de Macedo
Dr. Milton Munhoz Filho
Dr. Miroslau C. Baranski
Dr. Moacyr Teixeira Pinto
Dr. Osvaldo Faria da Costa
Dr. Rubens Walbach
Dr. Waldemar Monastier
Dr. Waldemiro Hach
Dr. Walfrido Meirelles Leal

PERÍODO: NOVEMBRO/63 a NOVEMBRO/68

MEMBROS EFETIVOS

Dr. João Atila Rocha
Dr. Ernani Simas Alves
Dr. Victor Ferreira do Amaral Filho
Dr. Brasília Vicente de Castro
Dr. Alô Ticularat Guimarães
Dr. Benoni Laurindo Ribas
Dr. José Manuel Ribeiro dos Santos
Dr. Pedro E. de Cerqueira Lima Neto
Dr. Iseu de Santo Elias Affonso da Costa
Dr. Daniel Egg
Dr. Hélio Brandão
Dr. Lívio Feifel Gomes Moreira
Dr. João Xavier Viana
Dr. Eduardo Corrêa Lima
Dr. João Ernani Bettega
Dr. Amaury Luciano de Munhoz Rocha
Dr. Alceu Santos Almeida
Dr. Raul Infante Lessa
Dr. Cândido de Mello Neto

MEMBROS SUPLENTE

Dr. Oswaldo Faria da Costa
Dr. Horário Pimpão Neto
Dr. Ary Scheidt
Dr. José de Lima Palermo
Dr. José Maria Munhoz da Rocha
Dr. Dante Romano Junior
Dr. Aroldo José de Albuquerque
Dr. Rodolfo Paciornick
Dr. Mario João Scaramuzza
Dr. Ledo Lafayette Martins Maciel
Dr. Waldemar Monastier
Dr. Alvir Brambilla Zilli
Dr. Antero Sady Pizzatto
Dr. Domício Costa
Dr. Rubens Lacerda Manna
Dr. Jorge Hamphreys
Dr. Hermes Paciornick
Dr. João Moura Brito Filho
Dr. Atilio D'Aló Júnior

PERÍODO NOVEMBRO/68 a OUTUBRO/73

MEMBROS EFETIVOS

Dr. Afonso Coelho
Dr. Diether H. Garbers
Dr. José Carlos Ross
Dr. Paulo Franco de Oliveira
Dr. Mário Braga de Abreu
Dr. Adyr S. Mulinari
Dr. Olívio Paulus Júnior
Dr. Sérgio Brenner
Dr. Elias Zacarias
Dr. David Xavier da Silva
Dr. Livio Antônio Gulín
Dr. Felix do Rego Almeida
Dr. Luiz Gonzaga de Figueiredo Moura
Dr. Lourival Luiz Fornazzari
Dr. Mário Braz de Almeida
Dr. José Maurício Holtz
Dr. Francisco de Paula Soares Filho
Dr. Dirceu de Conti
Dr. Waldomiro Hack
Dr. Leo Choma

MEMBROS SUPLENTE

Dr. Aramis Cavicchiolo
Dr. Antônio Carlos Rocha Sprenger
Dr. Bruno M. Grilo
Dr. Ehrenfried O. Wittig
Dr. Fernando Laynes de Andrade
Dr. Francisco X. Beduschi
Dr. Ivo Carlos Arnt
Dr. Antônio Osny Preuss
Dr. Valdir Furtado
Dr. Luiz Carlos Gomes de Mattos
Dr. Ivo Caramurú Barvinski
Dr. Roberto Quintanilha Braga
Dr. Humberto M. de Sá
Dr. Abdalla Sarraf Netto
Dr. Eloi Vicente Bettega
Dr. José Cavalcanti Albuquerque
Dr. Moacyr Jorge
Dr. Mário Machado Macedo
Dr. Emílio Granato
Dr. Sebastião Bacila

PERÍODO: OUTUBRO/73 a OUTUBRO/78

MEMBROS EFETIVOS

Dr. Acir Mulinari
Dr. Aristides de Athayde Neto
Dr. Ayssor Jamur
Dr. Bruno Maurizio Grillo
Dr. Hiran Mora Castilho
Dr. Horário Pimpão Neto
Dr. Ildelfonso Amoêdo Canto
Dr. João Átila Rocha
Dr. José Cássio C. de Albuquerque
Dr. José Antonio Grisolli
Dr. José Carlos Ross
Dr. José Lobato da Costa
Dr. José Mauricio Holtz
Dr. Marcos Kleiner
Dr. Luiz Fernando B. Beltrão
Dr. Orlando Malucelli Moto
Dr. Oscar Alves
Dr. Pedro Emílio de C. Lima Neto
Dr. Ricardo Pasquini
Dr. Simão Del Bosco Brunetti

MEMBROS SUPLENTES

Dr. Antonio Ulisses Gavazzoni
Dr. Ciro Frederico Maria Sobrinho
Dr. Enny Luiz Fachin
Dr. Frederico Chalbaud Biscaia
Dr. Joaquim Faria de Macedo
Dr. José Ephísio Bigarelli
Dr. José Belém Filho
Dr. José Luiz Oliveira Camargo
Dr. Cláudio Eugenio Pozzobon
Dr. Luiz Edmundo Mercer
Dr. Nicola Martini
Dr. Luiz Felipe de Paula Soares
Dr. Gastão Pereira Cordeiro Filho
Dr. José Ghizzi Tatit
Dr. João Nassif
Dr. Wilson Kaiser Baptista
Dr. Valdir de Paula Furtado
Dr. Wilson José de Castro Gamborgí
Dr. Waldemar Gava
Dr. Henrique Jorge Stahlke Júnior

PERÍODO: OUTUBRO/78 à OUTUBRO/83

MEMBROS EFETIVOS

Dr. Pedro Emilio de C. Lima Neto
Dr. Joaquim V. Xavier de Castro
Dr. Iseu de Santo E. A. da Costa
Dr. José Carlos Ross
Dr. Alberto Accioly Veiga
Dr. Ayssor Jamur
Dr. João Nassif
Dr. Maior Pilotto
Dr. Ari Scheidt
Dr. Antonio Carlos Rocha Sprenger
Dr. Luis Carlos Misurelli Pamquist
Dr. Affonso Coelho
Dr. Oscar Alves
Dr. José Luiz Oliveira Camargo
Dr. Candido Mello Neto
Dr. Frederico Chalbaud Biscaia
Dr. Fernando Veiga Ribeiro
Dr. Carlos Norberto Aranha Pacheco
Dr. Osvaldo Malafaia
Dr. Ildelfonso Amoedo Canto

MEMBROS SUPLENTES

Dr. Fabiano Siqueira Cunha
Dr. Joel Vieira Gonçalves
Dr. Arnaldo Bertazzi
Dr. Paulo Cesar Jorge de Castro
Dr. João Baptista Marchesini
Dr. Antonio Alle
Dr. Adolar Nicoluzzi
Dr. Duilton de Paola
Dr. Gerson de Sá Tavares Filho
Dr. Zacarias Alves de Souza Filho
Dr. Sérgio Fonseca Tarlé
Dr. Jaime Zlotnik
Dr. Ehrenfried Othmar Wittig
Dr. Helen Anne Butler
Dr. Luiz Fernando Zornig
Dr. Hélio Germiniani
Dr. Norival Gonçalves Biller
Dr. Gil Fernandes Guerra
Dr. Sanito Wilhelm Rocha
Dr. Joel Temporal

**NIGUEM SE ESCUSA DE CUMPRIR A LEI, ALEGANDO QUE NÃO
A CONHECE**

Artigo 3º do Código Civil (Lei de Introdução) decreto-Lei nº 4657

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

CAPÍTULO I

Normas fundamentais

Art. 1º – A Medicina é uma profissão que tem por fim cuidar da saúde do homem, sem preocupações de ordem religiosa, racial, política ou social e colaborar para a prevenção da doença, o aperfeiçoamento da espécie, a melhoria dos padrões de saúde e de vida da coletividade.

Art. 2º – O médico tem o dever de exercer tão nobre atividade com exata compreensão de sua responsabilidade e tem o direito de receber remuneração pelo próprio trabalho que constitui seu meio normal de subsistência.

Art. 3º – O trabalho médico deve beneficiar exclusivamente a quem o recebe e àquele que o presta, e não deve ser explorado por terceiro, seja em sentido comercial ou político.

Parágrafo único. Não se considera exploração o trabalho prestado a instituições real e comprovadamente filantrópicas.

Art. 4º – São deveres fundamentais do médico:

- a) guardar absoluto respeito pela vida humana, jamais usando seus conhecimentos técnicos ou científicos para o sofrimento ou extermínio do homem, não podendo o médico, seja qual for a circunstância, praticar atos que afetem a saúde ou a resistência física ou mental do ser humano, salvo quando se trate de indicações, estritamente terapêuticas ou profiláticas em benefício do próprio paciente;
- b) exercer seu mister com dignidade e consciência, observando na profissão e fora dela, as normas de ética profissional prescritas neste Código e na legislação vigente e pautando seus atos pelos mais rígidos princípios morais, de modo a se fazer estimado e respeitado, preservando a honra e as nobres tradições da profissão médica;
- c) abster-se de atos que impliquem na mercantilização da Medicina e combatê-los quando praticados por outrem.

Art. 5º — É vedado ao médico:

- a) utilizar-se de agenciadores para angariar serviços ou clientes;
- b) receber ou pagar remuneração ou percentagem por cliente encaminhado de colega a colega;
- c) receber comissões, vantagens ou remunerações que não correspondam a serviços efetiva e lícitamente prestados;
- d) fazer publicidade imoderada, sendo lícito, porém, nos anúncios, além das indicações genéricas, referir especialidade, títulos científicos e horário de consulta;
- e) anunciar a cura de doenças, sobretudo das consideradas incuráveis, o emprego de métodos infalíveis ou secretos de tratamento e, ainda que veladamente, a prática de intervenções ilícitas;
- f) usar títulos que não possua ou anunciar especialidade em que não esteja habilitado;
- g) das consultas, diagnósticos ou receitas pelos jornais, rádio, televisão ou correspondência, bem como divulgar ou permitir a publicação na imprensa leiga de observações clínicas, atestados e cartas de agradecimento;
- h) receitar sob forma secreta;

- i) desviar, para clínica particular, doentes que tenha atendido em virtude de sua função em instituição assistencial de caráter gratuito;
- j) anunciar a prestação de serviços gratuitos ou a preços vis, em consultórios particulares, ou oferecê-los em tais condições a instituições cujos associados possam remunerá-los adequadamente;
- l) acumpliciar-se, por qualquer forma, com os que exercem ilegalmente a Medicina;
- m) colaborar em plano de serviço com entidade em que não tenha independência profissional ou em que não haja respeito aos princípios éticos estabelecidos;
- n) divulgar processos de tratamento ou descobertas, cujo valor não seja expressamente reconhecido pelos organismos profissionais;
- o) praticar quaisquer atos de concorrência desleal aos colegas;
- p) deixar de utilizar todos os conhecimentos técnicos ou científicos a seu alcance contra o sofrimento ou o extermínio do homem.

Art. 6º — Deve o médico evitar assumir a responsabilidade do tratamento de pessoa de sua família que viva sob sua dependência e esteja acometida de doença grave ou toxicomania, salvo se na localidade não houver outro médico.

Art. 7º — Deve o médico, ser solidário com os movimentos generalizados e justos de defesa dos interesses de sua categoria profissional.

§ 1º — Entretanto poderá o médico deixar de solidarizar-se com os movimentos que estejam em desacordo com os princípios éticos ou que sejam contrários aos ditames de sua consciência.

§ 2º — Cometerá falta grave de ética profissional o médico que apoiando, individualmente ou de qualquer outra forma, nas assembleias de suas associações, movimentos de reivindicação de sua categoria profissional, vier posteriormente a renegar seu compromisso.

CAPITULO II

Relações com os colegas

Art. 8º — O médico deve ter para com seus colegas a consideração, o apreço e a solidariedade que refletem a harmonia da classe e lhe aumentam o conceito público.

§ 1º — Este apreço, a consideração e a solidariedade não podem, entretanto, induzir o médico a ser conivente com o erro, levando-o a deixar de combater os atos que infringem os postulados éticos ou as disposições legais que regem o exercício da profissão; a crítica a tais erros ou atos não deverá, porém, ser feita de público ou na presença de doente ou de sua família, salvo por força de determinação judicial, mas será objeto de representação ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, respeitando-se sempre a honra e a dignidade do colega.

§ 2º — Comete grave infração ética o médico que deixar de atender às solicitações ou intimações para instrução dos processos ético-profissionais.

Art. 9º — O médico, afora impossibilidade absoluta, não recusará seus serviços profissionais a outro médico que dele necessite, nem negará sua colaboração a colega que a solicite a não ser por motivo superior.

Art. 10º — Comete grave infração de ética o profissional que desvia, por qualquer modo, cliente de outro médico.

Art. 11º — O médico não atenderá a doente que esteja em tratamento com um colega, salvo:

- a) a pedido deste, evitando, entretanto, fazer insinuações e limitando-se a transmitir sua opinião ao assistente, salvo determinação expressa deste ou em caso de urgência, do que dará ciência ao colega, ao devolver-lhe a incumbência do caso;
- b) no próprio consultório, quando ali procurado espontaneamente pelo doente;
- c) em caso de indubitável urgência;
- d) quando houver cessado a assistência do outro médico;
- e) quando o caso lhe for encaminhado pelo colega, para diagnós-

tico, tratamento especializado ou intervenção cirúrgica, após o que o doente estará livre para retornar ao seu médico assistente.

§ 1º — Quando se tratar de doença crônica com surtos agudos, é lícito a qualquer médico atender ao doente uma vez que haja cessado o tratamento de cada surto, pois com ele expirou o contrato tácito de prestação de serviços.

§ 2º — A alegação de que os serviços a serem prestados o serão a título gratuito não é escusa para o médico atender o paciente que esteja sob cuidados de um colega, bem assim o fato de não receber esta remuneração pelo seu trabalho no caso.

Art. 12º — O médico deve abster-se de visitar doente que esteja sob cuidados de um colega e, se o tiver de fazer, deve evitar qualquer comentário profissional.

Art. 13º — Se dois ou mais médicos forem chamados simultaneamente para atender a vítima de acidente ou mal súbito, o paciente ficará sob os cuidados do que chegar primeiro, salvo se um deles é o médico habitual da família ou se o doente, ou quem por ele decidir, expressar sua preferência.

Art. 14º — O especialista, solicitado por um colega para esclarecer um diagnóstico ou orientar um tratamento, tem de considerar o paciente como permanecendo sob os cuidados do primeiro, cumprindo-lhe dar a este os informes concernentes ao caso.

Parágrafo único — O médico que solicita para seu cliente os serviços especializados de outro não deve determinar a este ou ao cliente a especificação de tais serviços.

Art. 15º — Quando, por impedimento seu, um médico confiar um cliente aos cuidados de colega, deve este, cessado o impedimento, reencaminhá-lo ao primitivo assistente.

Art. 16º — Os médicos de casas-de-saúde e estabelecimentos congêneres abster-se-ão de alterar o tratamento de doentes que tragam prescrições de seus médicos-assistentes, sob cujos cuidados ainda estejam, a não ser em casos de indiscutível conveniência para o paciente, o que será comunicado ao médico assistente.

Art. 17º — O médico não deve demitir-se ou abandonar cargo ou função visando preservar os interesses da profissão, sem prévia audiência do Conselho Regional de Medicina em que esteja inscrito.

Art. 18º — É vedado ao médico aceitar emprego deixado por colega que tenha sido exonerado sem justa causa, salvo anuência do Conselho Regional no qual tenha a sua inscrição. * Este Artigo foi julgado inconstitucional pelo STF em 1980.

Art. 19º — Constitui prática atentatória da moral profissional, procurar um médico, conseguir para si emprego, cargo ou função que esteja sendo exercido por colega.

CAPÍTULO III Conferências médicas

Art. 20º — Assiste ao médico ou ao doente, bem como à família deste ou seus responsáveis, o direito de propor ou exigir conferências médicas.

§ 1º — Quando a conferência for solicitada pelo doente ou responsável, o médico não deverá recusá-la nem manifestar ressentimento deixando ao critério do solicitante a indicação do colega.

§ 2º — O médico assistente, por motivo ponderáveis, poderá impugnar a indicação.

§ 3º — Quando a conferência for solicitada pelo médico assistente, caber-lhe-á a indicação do colega, competindo, igualmente, à família ou ao doente, impugnar a indicação, desde que por motivos ponderáveis.

Art. 21º — Ao médico assistente cabe a iniciativa da conferência nos seguintes casos;

- a) quando não puder firmar um diagnóstico;
- b) quando não tiver obtido resultado satisfatório no tratamento empregado;
- c) quando necessitar do auxílio de especialista;
- d) quando, em determinados casos, tiver de confirmar prognóstico grave;
- e) quando supuser ou perceber o desejo do doente ou de seu responsável.

Art. 22º — O especialista solicitado para conferência deverá considerar o paciente como cliente do médico assistente, cumprindo-lhe

dar a este as informações concernentes ao caso.

Art. 23^o — A conferência será sempre de caráter reservado.

Art. 24^o — Na conferência médica, observar-se-ão as seguintes normas:

- a) o médico convidado para conferência deverá aguardar a chegada do médico assistente para iniciar o exame do paciente;
- b) no caso de impontualidade do médico assistente, o colega convocado, depois de razoável espera, poderá examinar o paciente, deixando, por escrito, em documento fechado, seu parecer sobre o caso;
- c) no caso de impossibilidade fortuita de comparecimento à conferência, o médico assistente deverá transmitir previamente ao colega relatório escrito ou verbal, sobre sua atuação junto ao doente;
- d) se ambos presentes, o médico assistente iniciará a conferência fazendo o relato clínico sobre o caso e em seguida o colega examinará o doente;
- e) durante a conferência, os médicos deverão evitar manifestações diante do doente ou da família, devendo discutir e decidir, após o exame, em sala reservada;
- f) se houver mais de um médico presente à conferência, cada qual emitirá seu parecer;
- g) havendo acordo, caberá ao assistente comunicar o resultado ao doente ou à família, fazendo-o em nome de todos, sem discriminação de opiniões individuais, podendo a prescrição ser assinada por toda a junta ou apenas pelo assistente;
- h) se houver desacordo, os diversos pareceres serão comunicados à família e ao doente, se necessário, pelo médico assistente, cabendo-lhe propor nova conferência.

Art. 25^o — após a conferência o médico assistente tem o direito de lavrar e conservar uma ata transcrevendo as opiniões emitidas e assinadas por todos os colegas que dela participarem, desde que o julguem necessário para resguardar o seu critério, competência e renome.

Parágrafo único — A lavratura desta ata será obrigatória quando se trate de conferência para decidir ou em que se decida esterilização ou interrupção de gravidez.

Art. 26º— O médico chamado em conferência não deverá tornar-se assistente senão:

- a) a pedido ou no impedimento do médico assistente;
- b) se for especialista cujos serviços sejam solicitados pelo assistente.

Art. 27º— É dever do médico solicitado à conferência:

- a) ser respeitoso, tolerante e cordial para com o colega;
- b) observar escrupulosa atitude em face da reputação moral e científica do assistente.

Art. 28º— As discussões ocorridas na conferência são de caráter secreto e confidencial e a responsabilidade da decisão é coletiva, não podendo qualquer dos participantes externar críticas ou censuras tendentes a desvirtuar a opinião de colega ou a legitimidade científica do tratamento combinado pela junta médica.

Art. 29º— Nenhum médico pode participar de conferência sem que esteja presente o médico assistente, salvo se por ele autorizado.

CAPÍTULO IV

Relações com o doente

Art. 30º— O alvo de toda a atenção do médico é o doente em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Art. 31º— O médico tem o dever de informar o doente quanto aos diagnóstico, prognóstico e objetivos do tratamento, salvo se as informações puderem causar-lhe dano, devendo ele neste caso prestá-las à família ou aos responsáveis.

Art. 32º— Não é permitido ao médico:

- a) abandonar o tratamento do doente, mesmo em casos crônicos ou incuráveis, salvo por motivos relevantes;

- b) renunciar à assistência de doente, sem prévia justificação;
- c) prescrever tratamento sem exame direto do paciente, exceto em caso de urgência ou de impossibilidade comprovada de realizar esse exame;
- d) exagerar a gravidade, diagnóstico ou prognóstico, complicar a terapêutica, exceder-se no número de consultas e visitas;
- e) indicar ou executar terapêutica ou intervenção cirúrgica desnecessária ou proibida pela legislação do País.
- f) exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente resolver sobre sua pessoa e seu bem-estar;
- g) olvidar que o pudor do cliente merece o maior respeito, mesmo em se tratando de crianças.

Art. 33º— O médico levará em conta, na clínica particular, as possibilidades financeiras do cliente.

CAPÍTULO V

Segredo médico

Art. 34º— O médico está obrigado, pela ética e pela Lei, a guardar segredo sobre fatos de que tenha conhecimento por ter visto, ouvido ou deduzido no exercício de sua atividade profissional.

Parágrafo único — Deve o médico empenhar-se no sentido de estender aos seus auxiliares a mesma obrigação de guardar o segredo colhido no exercício de sua profissão.

Art. 35º — O médico não revelará, como testemunha, fatos de que tenha conhecimento no exercício de sua profissão, mas intimado a depor, é obrigado a comparecer perante a autoridade para declarar-lhe que está preso à guarda de segredo profissional.

Art. 36º— O médico não pode considerar-se desobrigado da guarda do segredo, mesmo que o paciente ou interessado o desligue da obrigação.

Art. 37º— É admissível a quebra de segredo profissional nos seguintes casos:

- a) quando o paciente for menor e se tratar de lesão ou enfermi-

dade que exija assistência ou medida profilática por parte da família, ou envolva responsabilidade de terceiros, cabendo ao médico revelar o fato aos pais, tutores ou outras pessoas sob cuja guarda ou dependência estiver o paciente;

- b) para evitar o casamento de portador de defeito físico irremediável ou moléstia grave e transmissível por contágio ou herança capaz de por em risco a saúde do futuro cônjuge ou de sua descendência, casos suscetíveis de motivar anulação de casamento, em que o médico esgotará, primeiro, todos os meios idôneos para evitar a quebra de sigilo;
- c) quando se tratar de fato delituoso previsto em lei e a gravidade de suas conseqüências sobre terceiros crie para o médico o imperativo de consciência para revelá-lo à autoridade competente.

Art. 38º— A revelação do segredo médico faz-se necessária:

- a) nos casos de doença infecto-contagiosa de notificação compulsória ou de outras de declaração obrigatória (doenças profissionais, toxicomania, etc.);
- b) nas perícias judiciais;
- c) quando o médico está revestido de função em que tenha de pronunciar-se sobre o estado do examinado (serviços biométricos, juntas de saúde, serviços de companhias de seguros etc, devendo os laudos e pareceres ser nesses casos limitados ao mínimo indispensável, sem desvendar, se possível, o diagnóstico.
- d) nos atestados de óbito;
- e) em se tratando de menores, nos casos de sevícias, castigos corporais, atentados ao pudor, supressão intencional de alimentos;
- f) nos casos de crimes, quando houver inocente condenado e o cliente, culpado, não se apresentar à justiça, apesar dos conselhos e solicitações do médico;
- g) nos casos de abortamento criminoso, desde que ressalvados os interesses da cliente.

Parágrafo único — É aconselhável o uso, em código da nomencla-

tura internacional de doenças e causas de morte.

Art. 39^o— Salvo nos casos previstos no artigo anterior, os atestados médicos só podem ser fornecidos, ao próprio interessado, neles ficando declarado que foram dados a pedido do mesmo, evitando-se ao máximo mencionar diagnóstico.

Art. 40^o— Os boletins médicos devem ser redigidos de modo que se não revele, direta ou indiretamente, moléstia ou situação que deva ficar em sigilo.

Art. 41^o— As papeletas e folhas de observações clínicas e respectivos fichários, em hospitais, maternidades, casas-de-saúde, etc. não podem ficar expostas ao conhecimento de estranhos.

Art. 42^o— O médico não poderá, em anúncios profissionais, inserir fotografias, nome, iniciais de nome, endereço ou qualquer outro elemento que identifique o doente, devendo adotar o mesmo critério dos relatos ou publicações em Sociedades Científicas e Jornadas Médicas.

Art. 43^o— Na cobrança de honorários, por meios judiciários ou outros, não pode o médico quebrar segredo profissional, a que está vinculado.

Art. 44^o— O médico, investido na função de perito, não está preso ao segredo profissional para com a autoridade competente, ficando, entretanto, obrigado a guardar sigilo pericial.

CAPÍTULO VI

Responsabilidade profissional médica

Art. 45^o— O médico responde civil e penalmente por atos profissionais danosos ao cliente, a que tenha dado causa por imperícia, imprudência, negligência ou infrações éticas.

Art. 46^o— Deve o médico assumir sempre a responsabilidade dos próprios atos, constituindo prática desonesta atribuir indevidamente seus malogros a terceiros ou a circunstâncias ocasionais.

Art. 47^o— O médico não é obrigado por lei a atender ao doente que procure seus cuidados profissionais; porém cumpre-lhe fazê-lo em casos de urgência ou quando não haja na localidade colega ou serviço médico em condições de prestar a assistência necessária.

Art. 48º – É da exclusiva competência do médico a escolha do tratamento para seu doente, devendo ele orientar-se sempre pelo princípio geral de “*primum non nocere*”.

Art. 49º – O médico, salvo o caso de “*iminente perigo de vida*”, não praticará intervenção cirúrgica sem o prévio consentimento tácito ou explícito do paciente e, tratando-se de menor ou de incapaz, de seu representante legal.

Art. 50º – O médico, tanto quanto possível, deve abster-se de praticar anestesia geral sem a presença do médico anestesista.

Art. 51º – São lícitas as intervenções cirúrgicas com finalidade estética, desde que necessárias ou quando o defeito a ser removido ou atenuado seja fator de desajustamento psíquico.

Art. 52º – A esterilização é condenada, podendo, entretanto, ser praticada em casos excepcionais, quando houver precisa indicação referendada por mais dois médicos ouvidos em conferência.

Parágrafo único – Da conferência será lavrada ata em três (3) vias das quais uma será enviada ao Conselho Regional de Medicina, outra ao Diretor do estabelecimento em que vai realizar-se a intervenção, ficando a terceira em poder do profissional que executar o ato cirúrgico.

Art. 53º – A inseminação artificial heteróloga não é permitida; a homóloga poderá ser praticada se houver o consentimento expresso dos cônjuges.

Art. 54 – O médico não deverá provocar o abortamento, salvo quando não houver outro meio de salvar a vida da gestante ou quando a gravidez resultar de estupro, mas sempre depois do consentimento expresso da gestante ou de seu representante legal.

§ 1º – Em qualquer desses casos, expressos na lei, o médico poderá intervir depois do parecer de pelo menos dois colegas, ouvidos em conferência.

§ 2º – Da conferência será lavrada ata em três (3) vias, uma das quais será enviada ao Conselho Regional de Medicina, outra ao Diretor Clínico do estabelecimento em que se vai realizar a intervenção, ficando a terceira em poder do profissional que executar o ato cirúrgico.

Art. 55º – No interesse exclusivo da saúde ou da vida da gestan-

te, nos casos de abortamento já iniciado, espontâneo ou provocado, o médico poderá intervir, devendo sempre, a fim de ressaltar sua responsabilidade, comunicar o fato, em documento escrito e sigiloso, ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 56^o— O médico não anunciará, clara ou veladamente, processo ou tratamento destinado a evitar a gravidez.

Art. 57^o— O médico não pode contribuir, direta ou indiretamente, para apressar a morte do doente.

Art. 58^o— As experiências *in anima nobili* só poderão ser permitidas para fins estritamente de tratamento ou diagnóstico, sempre precedidas de consentimento do paciente, quando em perfeita higidez mental, ou de seus responsáveis, devidamente informados das possíveis conseqüências.

Art. 59^o— São absolutamente interditas quaisquer experiências no homem, com fins bélicos, políticos, raciais ou eugênicos.

Art. 60^o— É vedado ao médico atestar falsamente sanidade ou enfermidade, ou firmar atestado sem ter praticado os atos profissionais que o justifiquem.

Art. 61^o— O médico tem o dever de fornecer o atestado de óbito, se vinha prestando assistência médica ao paciente, mas somente o fará depois de certificado pessoalmente da realidade de morte, e sempre utilizando os impressos fornecidos pelas repartições sanitárias competentes, declarando a exata causa-mortis, de acordo com a nomenclatura nosológica internacional de estatística demográfico-sanitária.

§ 1^o — O médico não atestará óbito de pessoa a que não tenha prestado assistência médica, salvo caso de verificação médico-legal ou quando o paciente haja falecido sem assistência médica, em localidade onde não exista serviço de verificação de óbitos.

§ 2^o — Quando houver motivo justificado para não fornecer o atestado de óbito, o médico comunicará o fato à autoridade competente.

Art. 62^o— A hipnose só poderá ser usada pelo médico, para fins terapêuticos ou de diagnóstico, quando houver rigorosa indicação científica, e, sempre que possível, por médico especializado.

Art. 63^o— O médico não deverá praticar a hipnose sem o prévio consentimento, tácito ou explícito do paciente ou de seu representante.

te legal, quando se tratar de menor ou incapaz de consentir.

Art. 64º — O médico não deve empregar a hipnose ou outros quaisquer processos que possam alterar a personalidade ou a consciência do indivíduo, para fins de investigação policial ou judicial.

CAPÍTULO VII

Honorários profissionais

Art. 65º — Devem os honorários aos médicos as pessoas, ou os responsáveis por elas, que lhes tenham solicitado serviços profissionais.

Art. 66º — Só os profissionais legalmente habilitados para o exercício da medicina podem pretender cobrar honorários médicos.

Art. 67º — O médico se conduzirá com moderação na fixação de seus honorários, não devendo fazê-lo arbitrariamente, mas, segundo a jurisprudência e a doutrina, atendendo aos seguintes elementos:

- a) costume do lugar;
- b) condições em que o serviço foi prestado (hora, local, distância, urgência, meio de transporte, etc.);
- c) trabalho e tempo dispendidos;
- d) qualidade do serviço prestado e complexidade do caso.

Art. 68º — O médico não deve pleitear honorários:

- a) por serviços prestados aos irmãos, cunhados e ascendentes ou descendentes diretos;
- b) por serviços prestados a colega que exerça a profissão ou a pessoa da respectiva família, sob sua dependência, exceto quando se trate de práticas psicoterápicas, sendo lícito, sempre, porém, o recebimento do valor de material dispendido, na prestação de serviços;
- c) quando inicialmente os serviços foram declarados gratuitos;
- d) quando seus serviços não foram solicitados.

Art. 69º — É reprovável:

a) atender o médico gratuitamente a pessoas possuidoras de recursos, a não ser em condições personalíssimas;

b) cobrar, sem motivos justificáveis, honorários inferiores aos estabelecidos pela praxe do lugar.

Art. 70^o— O médico pode estipular previamente seus honorários ou fixá-los no término dos seus serviços mas é censurável neles incluir despesas hospitalares ou farmacêuticas.

Art. 71^o— É ilícito ao médico procurar haver judicialmente seus honorários, mas, no decurso da lide, deve manter inviolável os preceitos da ética, não quebrando o segredo profissional, mas aguardando que o perito nomeado para o arbitramento proceda as verificações necessárias.

Art. 72^o— Quando, no tratamento de um doente, cooperam, além do médico assistente, outros profissionais, as notas de honorários serão enviadas, separadamente ou em conjunto, mas nesta última hipótese será discriminada a importância que cabe a cada um dos médicos.

Art. 73^o— É permitido ao médico afixar no consultório ou clínica tabela pormenorizada do preço de seus serviços.

CAPÍTULO VIII

Relações com instituições assistenciais e hospitalares, com auxiliares do Serviço Médico

Art. 74^o— O trabalho coletivo ou em equipe não diminui a responsabilidade de cada profissional pelos seus atos e funções, como o estabelece o presente código, sendo os princípios deontológicos que se aplicam ao indivíduo os mesmos que regem as organizações de assistência médica.

Art. 75^o— O médico não encaminhará a serviços gratuitos de instituições assistenciais ou hospitalares, doentes possuidores de recursos financeiros, quando disso tenha conhecimento.

Art. 76^o— O médico não formulará, junto aos doentes, críticas aos serviços hospitalares ou assistenciais, à sua enfermagem ou aos seus médicos, devendo dirigi-las à apreciação das autoridades competentes.

Parágrafo único — Tem o médico o direito de alegar falhas nos

regulamentos das instituições médico-hospitalares, sobretudo quando as julgar indignas para o exercício da profissão e prejudiciais para o doente, devendo, entretanto, dirigi-las tão somente aos órgãos competentes.

Art. 77^o— Quando investido em função de direção ou chefia, as relações do médico com seus colegas e demais auxiliares deverão ser as reguladas no presente Código, não sendo lícito ao diretor ou chefe deixar de exigir de todos a fiel observância dos preceitos da ética, como não o é negar-lhes o apreço, a consideração, a solidariedade e seus legítimos direitos.

Parágrafo único — O apreço, consideração, solidariedade e respeito aos direitos legítimos de seus colegas não deverão implicar nunca no esquecimento, por estes, de suas obrigações, deveres e atenções, como subordinados hierárquicos, para com o colega em cargo de direção ou chefia.

Art. 78^o — O médico terá, para com os enfermeiros e demais auxiliares, a urbanidade e consideração que merecem na sua nobre função, não lhes dificultando o cumprimento de suas obrigações e deles exigindo a fiel observância dos preceitos éticos.

CAPÍTULO IX

Relações com a Saúde Pública

Art. 81^o— O médico deverá colaborar com as autoridades competentes na preservação da saúde pública e respeitar a legislação sanitária e regulamentos em vigor.

Art. 80^o— É vedado ao médico exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia.

Art. 81^o— O médico que sofra de moléstia mental não poderá exercer a profissão.

CAPÍTULO X

Relações com a Justiça

Art. 82^o— Sempre que nomeado perito, o médico deverá colaborar com a Justiça, esclarecendo-a em assunto de sua competência.

Parágrafo único — Ao médico perito é lícito requerer arbitramento de honorários pela autoridade competente, não lhe sendo per-

mitido, porém, contratar pagamento com partes interessadas.

Art. 83^o— Quando, porque o assunto escape de sua competência, ou por motivo outro de força maior, decidir o médico renunciar a função de perito para a qual tenha sido nomeado, deverá em consideração à autoridade que o nomeou solicitar-lhe dispensa do encargo antes de qualquer ato compromissório.

Art. 84^o— O médico não poderá ser perito de cliente seu, nem funcionar em perícia de que seja parte pessoa de sua família, ou amigo íntimo ou inimigo: e, quando for interessado na questão um colega, caber-lhe-á pôr de parte o espírito de classe ou de camaradagem, procurando bem servir a justiça com consciência e imparcialidade.

Art. 85^o— O médico perito deverá exercer o mister com absoluta isenção, limitando-se à exposição de que tiver conhecimento através de exames e observações, e nos seus laudos, não ultrapassará a esfera de suas atribuições e competência.

Art. 86^o— Toda vez que for obstado, por parte dos interessados, na sua função de perito, o médico deverá comunicar o fato à autoridade que o nomeou e aguardar solução.

Art. 87^o— O médico investido na função de perito não estará preso ao segredo profissional, devendo, entretanto, guardar sigilo pericial.

Art. 88^o— É condenável valer-se o médico de cargo que exerce ou de laços de parentesco ou amizade com autoridades administrativas ou judiciais, para pleitear função de perito.

CAPÍTULO XI

Publicações de trabalhos científicos

Art. 89^o— Na publicação de trabalhos científicos serão observadas as seguintes normas:

- a) as discordâncias em relação às opiniões ou trabalhos devem ter cunho estritamente impessoal: porém a crítica, que não pode visar ao autor, mas à matéria, não deve deixar de ser feita, pois que a tolerância e a indiferença por parte de conhecedores da matéria é tão ofensiva à ética científica como o é a crítica pessoal e injusta à ética profissional.
- b) quando os fatos forem examinados por dois ou mais médicos

e houver combinação a respeito do trabalho, os termos de ajuste serão rigorosamente observados pelos participantes; haja ou não acordo, cada participante pode fazer publicação independente no que se refere ao setor em que atuou;

- c) quando de pesquisas em colaboração, como nem sempre seja fácil distinguir o que cada um fez e nem seja praticável a publicação isolada, é de boa norma que na publicação seja dada igual ênfase aos autores, cumprindo porém, dar prioridade, na enumeração dos colaboradores, ao principal ou ao idealizador de trabalho ou da pesquisa;
- d) em nenhum caso o médico se prevalecerá da posição hierárquica para fazer publicar, em seu nome exclusivo, trabalho de seus subordinados e assistentes, mesmo quando executado sob sua orientação;
- e) não é lícito utilizar, sem referência ao autor ou sem sua autorização expressa, dados, informações ou opiniões colhidas em fontes não publicadas ou particulares;
- f) em todo trabalho científico devem ser indicadas, de modo claro, quais as fontes de informações usadas, a fim de que se evitem dúvidas quanto à autoria das pesquisas e sobre a citação de trabalhos não lidos, devendo ainda esclarecer-se bem quais os fatos referidos que não pertençam ao próprio autor do trabalho;
- g) todo trabalho científico deve ser acompanhado da citação da bibliografia utilizada e caso o autor julgue útil citar outras publicações deverá deixar bem claro que não foram aproveitadas para a elaboração do trabalho;
- h) não é lícito utilizar, sem referência ao autor ou sem sua autorização expressa, dados, informações ou opiniões, colhidas em fontes não publicadas ou particulares;
- i) é vedado apresentar como originais quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações, que na realidade não o sejam;
- j) nas publicação de casos clínicos, a identidade do paciente deve ser omitida, inclusive na ilustração fotográfica, que não deve exceder o estritamente necessário ao bom entendimento e comprovação, tendo-se sempre em mente o respeito às normas do segredo médico;
- l) sempre que possível, não deve o autor de trabalho médico-ci-

entífico esquecer-se de citar os trabalhos nacionais sobre o mesmo assunto, pois que é preferível criticá-los que proposi-
tadamente deixar de referi-los.

CAPÍTULO XII

Observância e aplicação do Código

Art. 90^o — Compete ao Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se encontrar o médico, a apuração das faltas que cometer contra este Código e a aplicação das penalidades previstas na legislação em vigor.

Art. 91^o — Deve o médico dar conhecimento ao Conselho Regional de sua jurisdição, com discricção e fundamento, dos fatos que constituam infração às normas deste Código.

Art. 92^o — Deve o médico consultar o Conselho Regional de Medicina em que tiver sua inscrição, quando de dúvida a respeito da observância e da aplicação deste Código, ou quando de casos omissos.

CAPÍTULO XIII

Disposições Gerais

Art. 93^o — As dúvidas na observância deste Código e os casos omissos, serão resolvidos pelos Conselhos Regionais de Medicina, *ad-referendum* do Conselho Federal.

Art. 94 — Compete ao Conselho Federal de Medicina firmar jurisprudência quanto aos casos omissos e fazê-la incorporar neste Código.

Art. 95 — O presente Código de Ética, elaborado pelo Conselho Federal de Medicina, nos termos do art. 30 da Lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957, entrará em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial da União.

ANUNCIOS PROMOÇÕES E DIVULGAÇÕES

Antes de iniciar promoção de seu trabalho, antes de contatos com a imprensa leiga, seja falada, escrita ou televisada, releia esta resolução.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.036/80

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.266, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958; e

CONSIDERANDO que cabe ao CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA trabalhar, por todos os meios a seu alcance, e velar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente;

CONSIDERANDO a necessidade de que sejam uniformizados e atualizados os procedimentos para divulgação de assuntos médicos em todo o Território Nacional;

CONSIDERANDO a necessidade de solução dos problemas que envolvem a divulgação de assuntos médicos, visando ao esclarecimento da opinião pública; e

CONSIDERANDO finalmente o que ficou decidido na sessão plenária deste Conselho, realizada em 21 de novembro de 1980,

RESOLVE:

DOS ANÚNCIOS

Art. 1º — Entender-se-á por anúncio a comunicação ao público, por qualquer meio de divulgação, de atividades profissionais de iniciativa, participação e anuência do médico.

Art. 2º — Os anúncios médicos deverão conter, obrigatoriamente, dados referentes à inscrição no Conselho Regional de Medicina da jurisdição do anunciante.

Parágrafo único — As demais indicações dos anúncios deverão limitar-se ao preceituado na legislação em vigor. *

Art. 3º — Somente poderão ser anunciadas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 4º — O médico somente poderá anunciar especialidades quando estiver registrado no Quadro de Especialistas do Conselho Regional de Medicina em que estiver inscrito.

Parágrafo único — A exigência constante deste artigo só se tornará efetiva a partir de cento e oitenta (180) dias da publicação da presente Resolução.

Art. 5º — Sempre que em dúvida, deverá o médico consultar a Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos dos Conselhos Regionais de Medicina, visando enquadrar o anúncio nos dispositivos legais e éticos.

Art. 6º — Nos anúncios de clínicas, hospitais, casas de saúde, entidades de prestação de assistência médica e outros estabelecimentos de saúde, deverão constar, sempre, o nome do médico Diretor Técnico e sua inscrição principal no Conselho Regional em cuja jurisdição se achar o estabelecimento de saúde.

Parágrafo único — Pelos anúncios dos estabelecimentos de saúde, respondem perante os Conselhos Regionais de Medicina, os seus Diretores Técnicos.

DAS ENTREVISTAS, COMUNICAÇÕES E TRABALHOS CIENTÍFICOS

Art. 7º — O médico pode, usando qualquer meio de divulgação leiga, prestar informações, dar entrevistas e publicar artigos versando sobre assuntos médicos que sejam estritamente de fins educativos.

* Decreto nº 20.931/32, Decreto-Lei nº 4.113/42 e Código de Ética Médica.

§ 1º — Em tais casos deverá ater-se aos postulados éticos contidos no Código de Ética Médica em vigor e nas Resoluções do Conselho Federal de Medicina.

§ 2º — Sempre que em dúvida sobre como abordar assunto médico para o público, deverá o profissional solicitar pronunciamento prévio do Conselho Regional de Medicina.

Art. 8º — Por ocasião das entrevistas, comunicações, publicações de artigos e informações ao público, deve o médico evitar sua autopromoção e sensacionalismo, preservando, sempre, o decoro da profissão.

§ 1º — Entende-se por autopromoção, quando o médico, por meio de entrevistas, comunicações, publicações de artigos e informações, procura beneficiar-se, no sentido de angariar clientela, fazer concorrência desleal, pleitear exclusividade de métodos diagnóstico e terapêutico e auferir lucros.

§ 2º — Entende-se por sensacionalismo:

- a) — a utilização pelo médico de meios de comunicação para divulgar métodos e meios que não tenham reconhecimento científico para sua ampla utilização;
- b) — modificação de dados estatísticos, visando beneficiar-se ou beneficiar a Instituição que representa ou integra;
- c) — apresentação em público de técnicas e métodos científicos que devem limitar-se ao ambiente médico;
- d) — participação em anúncios de empresas comerciais de qualquer natureza;
- e) — trazer a público informações que causem intranquilidade.

Art. 9º — Nas placas internas ou externas, as indicações deverão limitar-se ao previsto no Art. 2º e seu parágrafo único desta Resolução.

Art. 10 — Logotipos e cartazes somente serão permitidos após prévia autorização do respectivo Conselho Regional de Medicina.

Art. 11 — Nas folhas de receituário médico, além das exigências legais, deverá o médico ater-se às disposições da presente Resolução.

Art. 12 — Nos anúncios e divulgações feitos por médico ou es-

tabelecimento de saúde no rádio e na televisão, deverão ser observadas a legislação em vigor e as normas da presente Resolução.

Art. 13 — As publicações de trabalhos científicos deverão atear-se, rigorosamente, ao preceituado no Código de Ética Médica.

Art. 14 — Quando da emissão de Boletins Médicos, devem os mesmos ser elaborados de modo sóbrio, impessoal e verídico, rigorosamente fiéis ao segredo médico.

§ 1º — Os Boletins Médicos poderão ser divulgados, através do Conselho Regional de Medicina, quando o Médico assim achar conveniente.

§ 2º — Os Boletins Médicos, nos casos de pacientes internados em estabelecimentos de saúde, deverão sempre ser assinados pelo médico responsável e subscritos pelo Diretor Técnico da Instituição ou, em sua falta, pelo seu substituto.

DA COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

Art. 15 — Os Conselhos Regionais de Medicina manterão Comissão Permanente de Divulgação de Assuntos Médicos - (CODAME) composta, no mínimo, de três (3) membros.

Art. 16 — A Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos terá como finalidade:

- a) — dar parecer a consultas feitas ao Conselho Regional de Medicina a respeito de publicidade de assuntos médicos, interpretando pontos duvidosos, conflitos e omissões;
- b) — emitir parecer sobre matéria que envolva divulgação médica, inclusive publicações de trabalhos científicos, sempre que a ela for submetida;
- c) — quando necessário, observar os médicos primariamente envolvidos em publicidade, nos casos por ela analisados;
- d) — propor ao Conselho Regional de Medicina a instauração de Processo Ético-Profissional nos casos que tenham características de infração ao Código de Ética-Médica;
- e) — providenciar para que a matéria relativa a assunto médico, divulgada pela imprensa leiga, não ultrapasse, em sua tramitação na Comissão o prazo de sessenta (60) dias.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 17 — A presente Resolução aplicar-se-á a toda forma de publicidade ou propaganda, quer realizada por médico, individual ou coletivamente, quer por estabelecimento de saúde.

Art. 18 — Ficam, pela presente, revogadas a Resolução CFM nº 417/70 e todas as Resoluções dos Conselhos Regionais de Medicina relativas a publicidade médica.

Art. 19 — A inobservância aos artigos da presente Resolução, para fins de instauração de Processo Ético-Profissional, será capitulada na alínea'd'' do Art. 5º, do Código de Ética Médica.

Rio de Janeiro, 19 de dezembro de 1980

Murillo Bastos Belchior
Presidente

José Luiz Guimarães Santos
Secretário-Geral

APOSENTADORIA ESPECIAL PARA MÉDICO

Cuidado com a má fé.

Alguns colegas tem sido economicamente prejudicados por despachantes desonestos. Propõem desentruves junto a Previdência para a aposentadoria em 25 anos.

Contratam, como remuneração o primeiro salário.

Acontece que o primeiro pagamento compreende todos os meses de duração do processo, desde o requerimento.

Quem perde é você.

A burocracia não é tão complicada.

Providencie você mesmo, sua aposentadoria sem intermediário.

O LUCRO É SEU

Se você tem dúvidas de natureza ética no exercício profissional, queira procurar o CRM-PR. Ele está à sua disposição.

Expediente: de 09.00 às 18,00 horas de 2ª a 6ª feira.

Telefone: (041) 223-1414

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CIRCULAR CFM Nº 032/83

Rio de Janeiro, 05 de setembro de 1983

Senhor Presidente:

Com a presente, de ordem do Sr. Presidente, estamos remetendo a esse Conselho Regional, para as providências de direito, uma cópia da Resolução CFM Nº 1.125/83, aprovada na sessão plenária do dia 27 de agosto último, que fixa os valores das anuidades a serem cobradas no exercício fiscal de 1984.

A fixação das anuidades foi estabelecida de acordo com a Lei Federal 6.994/82, já do conhecimento de V.Sa.

Atenciosamente

José Luiz Guimarães Santos
Secretário-Geral

Ilmo. Sr.

Dr. José Carlos Ross

DD. Presidente do CRM do PARANÁ

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.125/83

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que a lei nº 6.994, de 26 de maio de 1982, dispõe sobre a fixação do valor das anuidades e taxas devidas aos órgãos sobre a fixação do valor das anuidades e taxa devidas aos órgãos fiscalizadores do exercício profissional;

CONSIDERANDO a necessidade de fixar esses valores;

CONSIDERANDO ser atribuições do Conselho Federal de Medicina a fixação desses valores:

CONSIDERANDO o decidido pelo plenário em sessão realizada no dia 27 de agosto de 1983,

RESOLVE:

Artº 1º — O valor das anuidades de pessoas física no ano de 1984, será de Cr\$ 18.000,00 (Dezoito mil cruzeiros), a serem pagas da seguinte maneira:

a) — Até 31 de março com desconto de 10% (dez por cento) ou seja Cr\$ — 16.200,00 (dezesesseis mil e duzentos cruzeiros);

b) – A anuidade nos termos da Lei nº 6.994/82, poderá também ser paga em três (3) parcelas, da seguinte maneira:

Até 31 de marçoCr\$ 6.000,00

Até 30 de abrilCr\$ 6.000,00

Até 31 de maioCr\$ 6.000,00

Art. 2º – Em caso de atraso, e nos termos da Lei nº 6.994/82, serão observados os seguintes acréscimos:

a) – Correção de acordo com o índice das ORTNs

b) – Multa de 10% (dez por cento)

c) – Juros de 12% (doze por cento)
calculados sobre o valor corrigido.

Art. 3º – A anuidade para pessoa jurídica,* será cobrada nos termos da Lei nº 6.994/82, de acordo com as seguintes classes de capital social:

Até 500 Maior Valor de Referência. 2 MVR

Acima de 500 até 2.500 MVR 3 MVR

Acima de 2.500 até 5.000 MVR 4 MVR

Acima de 5.000 até 25.000 MVR 5 MVR

Acima de 25.000 até 50.000 MVR 6 MVR

Acima de 50.000 até 100.000 MVR 8 MVR

Acima de 100.000 MVR 10 MVR

Art. 4º – Os valores das taxas serão os seguintes:

a) – Taxa de Inscrição no Quadro de Médicos Cr\$ 5.000,00 (cinco mil cruzeiros).

b) – Taxa de Expedição de Carteiras Cr\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos cruzeiros).

c) – Taxa de Inscrição no Quadro de Especialistas Cr\$5.000,00 (cinco mil cruzeiros).

Rio de Janeiro, 29 de agosto de 1983

Murillo Bastos Belchior
Presidente

José Luiz Guimarães Santos
Secretário-Geral

*Nota da redação – ainda não esta implantada a cobrança.

AUDITORIA DO INAMPS PODE SER ÉTICA?

Um estudo de conselheiros paranaenses é hoje norma nacional de auditoria médica. Saiba como proceder se você for auditor do INAMPS.

Saiba também, como proceder se o auditor exorbita.

AUDITORIA MÉDICA E SUAS IMPLICAÇÕES LEGAIS

OSVALDO MALAFAIA
DUILTON DE PAOLA
EHRENFRIED O. WITTIG

1 – INTRODUÇÃO

“O nível de excelência nos processos de diagnóstico e terapêutica, deve correlacionar o melhor conhecimento científico atual, com a menor morbidade e mortalidade” (Paynel)

A qualidade do atendimento médico é difícil de caracterizar, dada às complexas interações comportamentais de clientes, provedores e múltiplos fatores sociais. O que é considerado “bom” varia com o conhecimento e orientação das ciências biomédicas dentro de cada escala de referência espaço/tempo. A maior parte das definições de “qualidade” enfatizam processos em detrimento de resultados. Clientes, administradores, planejadores e economistas poderão ter opiniões significativamente diversas do que constitui qualidade e competência (12).

A crescente preocupação de prover assistência médica de quali-

dade a porções cada vez mais amplas de população, deve associar-se a meios de avaliação do atendimento prestado, certificando-se do uso apropriado dos recursos disponíveis.

A Auditoria Médica, no sentido de corrigir falhas ou preencher lacunas, deve ter como único objetivo a elevação dos padrões técnico, administrativo e ético dos profissionais da área, bem como a melhoria das condições hospitalares, visando em conjunto um melhor atendimento à população. Assim considerada, é ela uma necessidade reconhecida e reclamada por todos. Deve ficar claro, que não se trata de técnica usada para policiamento da atividade dos profissionais da saúde. Ao contrário, justifica-se como um estímulo à melhoria do padrão do atendimento e um sinal de respeito ao nosso semelhante.

A necessidade de revisão sistemática da assistência médica, surgiu no início do século em consequência da crise de qualidade no ensino médico e das instituições de saúde nos Estados Unidos da América do Norte. Evolui, desde essa época, para a avaliação daquelas instituições, com o estabelecimento de padrões estruturais mínimos, avaliação de tratamento e análise da atividade profissional e seus resultados.

Apesar de estar historicamente ligada ao ensino médico, a auditoria evoluiu no sentido de avaliar o desempenho do hospital como um todo, e dessa forma deve ser encarada, (1, 3, 12 e 13), Dois tipos poderiam ser definidos: a auditoria retrospectiva e a paralela. A primeira, por se basear em pesquisa de prontuário não é dinâmica, enquanto que a segunda, por estar sendo processada durante o atendimento ao paciente, é muito mais eficiente. aliando-se com os objetivos inicialmente propostos.

No Brasil, embora a Auditoria Médica existisse há já longo tempo de modo retrospectivo em alguns hospitais universitários, a auditorias paralela somente recentemente foi iniciada através do INAMPS, que mostrou a atividade do médico auditor parcialmente, pela Ordem de Serviço nº SAM 039.32 do INPS de 28.12.76. Sob a forma de resolução, objetiva esta Ordem estabelecer avaliação técnico administrativa das unidades próprias do INAMPS e de terceiros conveniados, mediante o acompanhamento e o controle formal e técnico dos serviços com uma ampla abrangência, procura através de três mecanismos cumprir com seus objetivos:

- a) auditoria médico-assistencial;
- b) revisão técnica e administrativa de contas médicas; e
- c) análise das informações.

No que concerne ao presente trabalho, é de importância o item 'a' supracitado. Versa ele sobre a forma com que essa auditoria deva ser feita, com detalhes de fluxograma de atribuições e responsabilidades. No discorrer das finalidades vê-se que há perfeita harmonia entre objetivos e forma de procedimento. Contudo no item das competências há deslises éticos que serão mencionados anteriormente.

Segundo Gentile de Mello e Aguiar (12), o comportamento do profissional da Medicina — dir-se-ia, dos profissionais da equipe de saúde deve ser avaliado sob três ângulos distintos.

- a) o técnico, relacionado com a adequada aplicação de conhecimentos científicos e da tecnologia no atendimento do paciente;
- b) o ético, vinculado a conduta dos profissionais perante seus pares, pacientes, superiores e subordinados, segundo os Códigos de Deontologia; e
- c) o administrativo, ligado a observância pelo profissional, das normas disciplinares do funcionamento da instituição onde exerce suas atividades.

A finalidade do presente trabalho é esclarecer os objetivos da Auditoria Médica e apresentar normas de conduta aos médicos auditores e auditados, no sentido de orientá-los no que é permitido ser feito sob a ótica dos padrões atuais deontológicos, sem contudo, bloquear a evolução dos conceitos de saúde vigentes.

2 — NORMAS DE CONDUTA PARA OS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA AUDITORIA

2.1 — RELATIVAS AO PRONTUÁRIO MÉDICO

- 2.1.1. — O prontuário médico poderá ser visto e analisado pelo médico auditor em sua parte técnica, ou seja, em todos os detalhes concernentes ao cumprimento da prescrição e evolução diárias, relatórios de enfermagem, dietas especiais, descrição de cirurgia ou anamnese clínica, relatório de anestesia e demais partes que compõe tecnicamente um prontuário modelo.

No que concerne a este item poderia o auditor anotar no prontuário as falhas que porventura tenha encontrado, notificando também o ocorrido ao Diretor Clínico.

- 2.1.2. — Em relação à parte médica propriamente dita, ou seja, a qualidade e quantidade da prescrição médica, a propriedade dos exames complementares solicitados, a indicação de internamento e alta, a propriedade das intervenções realizadas, e demais situações que interfiram no atendimento médico que está sendo prestado, o auditor não poderá anotar suas impressões no prontuário.

Sua atitude será a de trocar informações verbais com o médico assistente desde que haja colisão de idéias, ou de se dirigir por escrito ao Diretor Clínico conforme prevê o item 2.2.8.

2.2 — RELATIVAS AO POSICIONAMENTO PROFISSIONAL ENTRE MÉDICO AUDITOR E AUDITADO.

- 2.2.1 — Não deve o médico auditor opinar sobre assunto médico que fuja à sua competência ou formação. Poderá outrossim assessorar-se de colega de comprovada experiência na área para emitir conjuntamente seu parecer.

Quando indicado a pronunciar-se em condições de que não se sinta adequadamente capacitado, deverá recusar-se de encargo antes de qualquer ato compromissório.

- 2.2.2 — Deve o auditor ao exercer sua função desprender-se de espírito de camaradagem, procurando agir com consciência e imparcialidade.
- 2.2.3 — O que tiver conhecido através de exames e observações deverá guardar sigilo absoluto.
- 2.2.4 — Quando houver recusa por parte do médico assistente impedindo o auditor de cumprimento de suas atribuições, deve este dirigir-se ao Diretor Clínico comunicando por escrito o ocorrido, como também aos seus superiores hierárquicos, devendo manter cópia em seu poder para eventual uso posterior, e aguardar solução.
- 2.2.5 — Os auditores abster-se-ão de alterar o tratamento de doentes com prescrições de seus médicos assistentes. Em casos de indiscutível conveniência para o paciente, deve comunicar diretamente ao médico assistente e no impedimento deste ao Diretor Clínico, o que con-

siderar prejudicial ao paciente.

- 2.2.6. – O auditor não deve formular junto aos doentes críticas aos serviços hospitalares, assistenciais e de enfermagem. Quando procedentes, estas deverão ser feitas ao Diretor Clínico.
- 2.2.7 – Tem o auditor o direito de alegar falhas no que ver no exercício de sua função, dirigindo-as tão somente à Direção do Hospital e/ou a seus superiores hierárquicos para as devidas providências.
- 2.2.8 – Deverá ser seguido o fluxograma abaixo em caso de discordância entre a atitude médica tomada e a que o auditor considere desejável. Este fluxograma deverá ser seguido após tentativa verbal de concordância entre ambos:
- a) Auditor questiona indicação feita pelo médico assistente;
 - b) Relata o questionamento ao Diretor Clínico do Hospital e a seus superiores hierárquicos no INAMPS;
 - c) Diretor Clínico do Hospital resolve ou indica comissão de médicos do seu corpo clínico especialistas na área para parecer;
 - d) Comissão nomeada encaminha relatório sumário e conclusivo ao Diretor Clínico;
 - e) Comunica INAMPS através do auditor o resultado da Comissão;
 - f) O resultado poderá ser contestado com base nos artigos 15 do Código Penal Brasileiro e 159 do Código Civil por qualquer das partes envolvidas.

O procedimento médico poderá ser efetuado a qualquer tempo após o parecer do Diretor Clínico ou da Comissão e, conseqüentemente, poderá ser cobrado. Contestado pela instituição previdenciária pagante, e conseqüentemente glosado por ela, poderá o Hospital acusar tal irregularidade ao CRM a fim de que se instale processo para o devido escla-

recimento, tendo como acusado, frente ao CRM, o Diretor Médico responsável pela instituição previdenciária que glosou.

De posse do resultado do processo aprovado em plenário, poderá qualquer uma das partes usá-lo a seu favor em petição judicial.

2.2.9 — O auditor para formular sua impressão sobre o atendimento que está sendo prestado a um paciente, deverá assessorar-se de documentação julgada suficiente do prontuário e de exame do paciente e se ainda necessário, entrevistar-se com o médico assistente para outros esclarecimentos.

2.2.10 — É de exclusiva competência do médico assistente a escolha do tratamento para seu doente, não devendo esquecer contudo que seu procedimento está sujeito a supervisão e questionamento pela equipe de auditoria.

2.2.11 — O auditor deve comunicar ao médico assistente e/ou ao Diretor Clínico da sua função ao examinar pacientes.

2.3 — RELATIVAS AO COMPORTAMENTO DO AUDITOR FRENTE AO PACIENTE

2.3.1 — Pode o auditor fazer anamnese e examinar os pacientes que achar necessário. Contudo, não deve olvidar que o pudor do cliente merece o maior respeito mesmo em se tratando de crianças.

2.3.2 — O auditor deve, antes de empreender qualquer atitude, informar sua missão a pessoa a ser examinada. Não pode realizar os exames se o paciente se recusar a eles.

2.4 NORMAS GERAIS

2.4.1 — A fim de facilitar a auditoria, os exames necessários para justificar o internamento e o procedimento solicitados e que tenham sido realizados previamente ao internamento do paciente no Hospital, deverão ser anexados ao prontuário nosocomial.

2.4.2 — Na eventualidade do Auditor, exorbitando de suas funções e potencialidade, der alta ao paciente em contraposição do Médico Assistente, será o Auditor res-

ponsabilizado por essa atitude e pelas consequências que dela decorrerem, devendo o Diretor Clínico do Hospital ser imediatamente notificado por escrito do ocorrido.

3 – CONCLUSÕES

- a) Deve ser criada uma Comissão Permanente do CRM com fins específicos de receber e analisar as reclamações dos médicos auditores e auditados.
- b) A avaliação do trabalho médico é complexa e de grande responsabilidade. Só pode, portanto, ser levada a bom termo por médico auditor de comprovado bom senso, grande visão e larga experiência.
- c) Não deve haver imposição na avaliação e julgamento dos serviços que ameacem a tradicional autonomia do médico. É de todo inconveniente estabelecerem-se regras rígidas de procedimentos, pois estas limitam a possibilidade de inovações legítimas e de experimentação válidas no exercício da profissão médica.
- d) É antiético o que manda executar o item 5.1.5 alínea b da Ordem de Serviço nº SAM 039.32 do INPS de 28.12.76, no que se mostra abaixo grifado:

“b) avaliar, através de análise do prontuário médico e evolução clínica dos pacientes, a propriedade dos exames solicitados e da terapêutica instituída, a indicação das cirurgias, bem como a compatibilidade entre o tempo de permanência hospitalar e o diagnóstico ou o quadro clínico apresentado, recomendando, por escrito, a alta hospitalar, sempre que a permanência do paciente no hospital não apresente justificativa técnica.”

Desta forma, necessário é que órgãos competentes façam ingerências junto ao INAMPS para que tal norma de conduta seja modificada prevenindo assim processos éticos-profissionais a que estarão sujeitos seus médicos auditores se vierem a comportar-se como nela está descrito.

Essa matéria foi motivo de Acórdão do Egrégio Conselho Federal de Medicina no processo nº 18/73 conforme fundamentos da decisão: “faltou ao denunciado a atenção para os princípios fundamentais da Ética Médica no relacionamento entre médicos, suficientemen-

te documentado no processo, atendendo a paciente sob cuidados do denunciante dando-lhe alta, sem a indispensável comunicação ao médico sob os cuidados do qual estava a mesma. "Não foi considerado como atenuante o fato de ter a situação sido prevista em contrato desde que os interesses da Ética Médica, quer no relacionamento médico-paciente e quer no relacionamento entre colegas se sobrepõe a quaisquer outras normas.

IV – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – AGUIAR, N. E. A. – A importância da Auditoria Médica. Residência Médica, vol. 3 nº 1, 1981.
- 2 – ALCANTARA, R. H. – Deontologia, Diceologia – Normas Éticas e Legais para Exercício da Medicina. Org. Andrei Editora S.A., 1979.
- 3 – CARVALHO, P.M. – Auditoria Médica em Hospitais Escolas. Residência Médica, vol. 3 nº 1, 1981.
- 4 – CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE – nº 4 Juillet – 79 France.
- 5 – CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO – Edição Saraiva, 27ª edição, 1977.
- 6 – CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA – Conselho Regional de Medicina do Estado da Guanabara, Rio de Janeiro, 1974.
- 7 – CÓDIGO PENAL BRASILEIRO – Forense, 2ª edição, 1976.
- 8 – ORDEM DE SERVIÇO nº SAM 039.32, INPS, 1976
- 9 – PARECERES nº 146-9/63, nº 161-24/63, nº 209-40/64, nº 210-41/64, nº 212-43/64, nº 751-1/72, nº 752-2/72, nº 963-33/75, nº 968-38/75 – Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, volumes 1 a 17, 1960/77.
- 10 – PERRON, O. – Auditoria médica e Hospitalar – 3ª Edição, 2ª Impressão R.J., R.G. 1978
- 11 – PROCESSO CFM nº 18/73 – Interessado CRM do extinto CRMGB – 183/72.
- 12 – PROCESSO CFM nº 3/78, Jan. 1978.
- 13 – RODRIGUES, J.R. e cols. – Avaliação da Utilização e Qualidade de Serviços Médicos – Auditoria da atividade hospitalar e profissional no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Residência Médica, vol. 3, nº 1 1981.
- 14 – TAVARES NETO, J. e cols. – Auditoria Médica. Residência Médica, vol. 3 nº 1, 1981.

FORMULÁRIOS DE SEGURO DE VIDA

O trabalho dispendido no preenchimento de formulários das companhias seguradoras não pode ser considerado ônus complementar ao tratamento do paciente em vida, ou ônus de cargo ou função (Legistas e Patologistas).

Este trabalho merece remuneração.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1076/81

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei Nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto Nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que os formulários elaborados pelas Companhias de Seguros de Vida, para serem preenchidos pelos médicos, não tem qualquer vínculo com a atestação médica relativa à assistência ou ao óbito;

CONSIDERANDO que o seu preenchimento além de acréscimo de responsabilidade civil e penal para o médico, exige também gasto de seu tempo e atividade;

CONSIDERANDO o disposto nos artigos 2 e 3 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o art. 16 do Decreto Nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, cria para o médico o dever de atestar somente o óbito do doente ao qual vinha prestando assistência, desde que conheça a exata "causa mortis"

CONSIDERANDO que esse trabalho do médico, no caso de paciente assistido em instituições públicas, previdenciárias ou filantrópicas

cas, deve obedecer, rigorosamente, ao disposto no art. 67 do Código de Ética Médica.

CONSIDERANDO o que consta do Processo CFM Nº 07/81;

CONSIDERANDO finalmente o decidido pelo plenário em sessão realizada em 30 de dezembro de 1981,

RESOLVE:

1. O médico poderá preencher o formulário para concessão dos benefícios do seguro, desde que tal lhe seja solicitado diretamente pelo paciente ou seus responsáveis ou, em caso de falecimento deste, a pedido da pessoa beneficiária de seguro de vida ou de acidentes pessoais.
2. O médico pode pela prestação de tal serviço receber a devida remuneração.

Rio de Janeiro, 30 de dezembro de 1981

Murillo Bastos Belchior
Presidente

José Luiz Guimarães Santos
Secretário-Geral

VENHA CONHECER DE PERTO

Antes de considerar que sua anuidade ao CRM é desperdício, venha conhecê-lo de perto.

Observe o funcionamento da Secretaria, da Assessoria Jurídica, das Comissões de Trabalho e até das Sessões Plenárias.

Inteirado, então, emita opinião ou a crítica inteligente.

ESPECIALIDADES MÉDICAS

Para que se possa fazer registro junto ao Conselho Regional de Medicina existem pré-requisitos a serem cumpridos que não desmerecem o trabalho das Associações de Especialidades. Conheça-os.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.086/82

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que é preocupação dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina um atendimento médico à comunidade de melhor qualidade;

CONSIDERANDO que os médicos somente deverão dar-se à prática de especialidade quando qualificados;

CONSIDERANDO que o Registro de Especialista é levado a efeito nos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO a necessidade de atualizar as normas que regem o reconhecimento e o Registro dos Médicos qualificados como Especialistas;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido pelo plenário em sessão realizada no dia 29 de maio de 1982,

RESOLVE:

DO REGISTRO

Art. 1º — Será considerado especialista o médico que, preenchendo os requisitos estabelecidos na presente Resolução, obtenha o reconhecimento dessa qualificação pelo CFM, e seja inscrito no Registro de Especialistas Qualificados, do Conselho Regional de Medicina, em cuja jurisdição exercer sua atividade profissional.

Art. 2º — O requerimento pleiteando o Registro de Especialista Qualificado, deverá ser dirigido ao Conselho Regional de Medicina pelo Médico interessado.

Art. 3º — O Conselho Regional processará a documentação comprobatória apresentada pelo candidato e, após devidamente instruído, e se com parecer favorável ao encaminhamento, aprovado em reunião plenária, enviará obrigatoriamente, o processo ao Conselho Federal de Medicina, a fim de que este órgão superior se pronuncie, reconhecendo ou não a validade dos elementos apresentados como qualificação do interessado.

Art. 4º — Somente após o reconhecimento pelo Conselho Federal, da qualificação do médico, como especialista, é que o Conselho Regional de Medicina, mandará inscrever o interessado no Registro de Especialistas, existente em cada Conselho.

Art. 5º — Somente serão considerados como Especialidades as áreas da Medicina, como tal reconhecidas pelo CFM.

Art. 6º — Os Conselhos Regionais de Medicina, deverão possuir Livros próprios para o Registro dos médicos qualificados como Especialistas.

Parágrafo Único — As inscrições no Registro de Especialistas, instituído e mantido em todos os Conselhos Regionais de Medicina, serão anotados no prontuário e na Carteira Profissional do Médico.

Art. 7º — O Médico que solicitar inscrição no Registro de Especialistas deverá atender a um dos seguintes requisitos:

- a) Possuir Título de Docente-Livre, de Mestrado e de Doutorado, na disciplina correspondente a Especialidade;
- b) Possuir Certificado de Conclusão de Curso de Especialista, devidamente registrado, que corresponda a especialidade cujo

registro está sendo pleiteado, curso esses criado por lei ou ministrado por estabelecimento de ensino superior, e neste caso obedecido o preceituado na Resolução CFM Número 1.082/82;

- c) Possuir Certificado de Residência Médica, na especialidade, registrado na Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação e Cultura, de acordo com o preceituado em Lei;
- d) Possuir Certificado de aprovação em exame para Qualificação de Especialista promovido e efetuado por entidade associativa de Médicos Especialistas, de âmbito nacional, que seja acreditada pelo CFM, ou com este conveniada.

Art. 8º — A Inscrição no Registro de Especialistas, será válida pelo prazo de 5 (cinco) anos, podendo ser renovada por igual prazo, mediante comprovação da continuidade do exercício da Especialidade.

§ 1º — A manutenção ou renovação da inscrição no Registro de Especialista, será concedida desde que o médico interessado faça prova de que ocupa cargo na carreira do Magistério em disciplina correspondente a sua especialização, ou cargo ou função de natureza técnica, como especialista, ou desempenhe atividade na especialidade, em empresas ou estabelecimentos de saúde que sejam registrados ou cadastrados nos Conselhos de Medicina, e de que se mantém atualizado.

§ 2º — Os Conselhos Regionais de Medicina deverão notificar aos médicos, em tempo hábil, sobre a data do cancelamento da inscrição no Registro de Especialista, por extinção no prazo de validade.

Art. 9º — Os Conselhos Regionais de Medicina deverão enviar, mensalmente, ao Conselho Federal de Medicina, a relação dos novos médicos inscritos no Registro de Especialistas, para formação do Cadastro Nacional dos Médicos Especialistas.

Guaraciaba Quaresma Gama
Presidente em Exercício

Aristides Pereira Maltez Filho
Primeiro-Secretário

CONSTITUIÇÃO DE CORPO CLÍNICO

As relações mais complexas da medicina moderna, vem por exigir uma melhor estruturação das entidades prestadoras de serviços médicos hospitalares. Normas e Regulamentos de Corpo Clínico visam a harmonia do trabalho sob um mesmo teto. As atribuições de Chefias e Direções Médicas representam mais que cargos honoríficos. O registro dos regulamentos de corpo clínico no CRM é imprescindível para o exercício ético da medicina.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.124/83

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei número 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto número 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o artigo 28 do Decreto número 20.931 de 11 de janeiro de 1932 estabelece que os estabelecimentos de saúde devem ter seu Corpo Clínico;

CONSIDERANDO o decidido pelo plenário em sessão realizada no dia 27 de agosto de 1983

RESOLVE:

Art. 1º – O Regimento Interno dos Estabelecimentos de Saúde deverá estruturar o Corpo Clínico, especificando as atribuições do Diretor Clínico, dos Chefes de Clínicas e da Comissão de Ética, bem como a forma de admissão e de exclusão de seus membros.

Art. 2º – Para o exato cumprimento do disposto no inciso ante-

rior, o Regimento Interno do estabelecimento disciplinará o processo de admissão e o de exclusão dos membros do Corpo Clínico.

Art. 3º – O Regimento Interno deverá ser aprovado pelo Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição.

Rio de Janeiro, 29 de agosto de 1983

Murillo Bastos Belchior
Presidente

José Luiz Guimarães Santos
Secretário-Geral

NOTÍCIAS E DIVULGAÇÕES DE INTERESSE MEDICO

A circulação trimestral desta publicação, além de trazer esclarecimentos sobre matérias de conteúdo ético, divulgará, também, os assuntos que venham à Comissão de Divulgação, que interessem à coletividade médica. Aqui as Entidades, Associações, ou os colegas terão um porta - voz. Utilize mais esta tribuna. Ela também é sua.

CURIOSIDADE

No ano 1000 A.C. já eram realizadas operações de catarata na Índia. Na Babilônia, mais ou menos na mesma época, os honorários dos médicos eram rigidamente fixos e bastante generosos. Uma operação bem sucedida em um homem livre rico custava dez SHEKELS de prata. A mesma operação em um escravo custava dois SHEKELS. Entretanto a vida do cirurgião, embora ganhasse bem, tinha os seus riscos. Se o homem livre rico perdesse a vista com a operação, uma das mãos do cirurgião era cortada. Se o escravo ficasse cego, o médico o substituíria no trabalho.

RESOLUÇÃO CFM Nº 565/73

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, usando da atribuição que lhe confere a Lei número 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto número 44.045, de 19 de julho de 1958, e

tendo em vista o que ficou decidido em sessão plenária do dia 10 de agosto de 1973, e

Considerando que o artigo 15, letra "c", da Lei número 3.268, de 30 de setembro de 1957 estabelece que é atribuição dos Conselhos Regionais de Medicina fiscalizar o exercício da profissão de médico.

Considerando que o Código Nacional de Saúde vigente estabelece que a autoridade sanitária, na fiscalização da profissão de médico, tem ação supletiva e de colaboração com os Conselhos Regionais

RESOLVE:

Determinar aos Conselhos Regionais de Medicina que organizem Departamentos de fiscalização da profissão de médico, nos termos da Lei e da Regulamentação vigente.

Rio de Janeiro, 10 de agosto de 1973

Murillo Bastos Belchior
Presidente

José Luiz Guimarães Santos
Secretário-Geral

ÓBITO DURANTE PLANTÃO

Se voce está de plantão em Pronto Socorro ou Hospital e ocorre óbito de paciente de outro colega, o atestado pode ser preenchido após constatação do óbito e verificação do prontuário ?.

RESOLUÇÃO CFM Nº 743/76

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei Nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto Nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

tendo em vista o que consta do Processo CFM Nº 72/74 e o decidido em sessão plenária deste Conselho, e

CONSIDERANDO que a assistência institucional ou organizada é coletiva ou em equipe (artigo 74 do Código de Ética Médica), fazendo com que o atendimento resulte não só da responsabilidade da entidade como também do médico que a ela esteja vinculada pela tutela empregatícia e pela assistência profissional imediata;

CONSIDERANDO que, nestes casos, pelo uso do sistema de "Plantão Médico", o atendimento do doente é prestado por diversos profissionais, no tratamento do mesmo e complexos processos patológico:

CONSIDERANDO que, para os pacientes atendidos nas Unidades de Assistência Médica, há sempre o registro do tratamento, a anamnese, a enfermidade e o seu diagnóstico;

CONSIDERANDO, finalmente; a existência legal do fornecimento do atestado de óbito (art. 77 da Lei Nº 6015/73 – Registros Públicos), para que se possa proceder ao competente registro civil e ao necessário sepultamento:

RESOLVE

Recomendar que o atestado de óbito ocorrido em Unidades de Assistência Médica, quando ausente o médico-assistente respectivo, poderá ser fornecido pelo médico de plantão, à vista do que constar do correspondente prontuário, devendo o plantonista, prévia e pessoalmente, verificar o óbito, para pronunciar-se, afinal, quanto à "causa mortis".

Rio de Janeiro, 11 de outubro de 1976

Murillo Bastos Belchior
Presidente

José Luiz Guimarães Santos
Secretário-Geral

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

O atraso no pagamento das anuidades pode redundar em cancelamento das inscrições e impedimento do exercício profissional.

Até março de cada ano, munido da CONTRIBUIÇÃO SINDICAL, procure saldar seus compromissos com o CRM.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.040/80

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958; e

CONSIDERANDO que os Conselhos Regionais de Medicina têm atribuições para decidir sobre a inscrição e o cancelamento dos Médicos no quadro respectivo, conforme alíneas "a" e "b" do artigo 15 da Lei nº 3.268/57;

CONSIDERANDO que ao CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA compete baixar instruções para o bom funcionamento dos Conselhos Regionais, conforme o estabelecido na alínea "g" do artigo 5º da Lei nº 3.268/57;

CONSIDERANDO as obrigações constantes do artigo 17 da Lei nº 3.268/57, e do artigo 7º do Decreto nº 44.045/58;

CONSIDERANDO o que consta do Processo CFM nº 95/80;

CONSIDERANDO finalmente o decidido em sessão plenária, realizada aos 19 de dezembro de 1980.

RESOLVE:

I – O cancelamento a pedido da inscrição de Médico em Conselho Regional de Medicina, somente será concedido quando estejam quitas com suas obrigações, em petição dirigida ao Presidente do Conselho Regional e aprovada em sessão plenária do Corpo de Conselheiros.

II – O Médico inscrito em Conselho Regional de Medicina, quando venha a falecer, terá sua inscrição cancelada, imediatamente após seu falecimento.

III – O Médico que não satisfizer o pagamento de suas anuidades ao Conselho Federal de Medicina onde estiver inscrito, deixa de cumprir condição de capacidade estabelecida em lei para o exercício profissional, devendo ter a sua inscrição cancelada, caso essa falta de cumprimento daquela obrigação legal ultrapassada a dois anos, ficando, a partir da promulgação daquele ato, suspenso do exercício profissional, sem prejuízo da cobrança executiva de seu débito.

IV – O Médico com inscrição cancelada, nas condições do artigo anterior, poderá voltar ao exercício profissional, tão logo satisfaça o pagamento das anuidades em atraso, e requeira o restabelecimento da sua inscrição.

V – A falta de pagamento da anuidade ao Conselho Regional, por mais de doze (12) meses, por parte do Médico inscrito, constitui também infração disciplinar, a ser punida mediante processo.

VI – Os Conselhos Regionais de Medicina deverão publicar em órgão oficial, dar conhecimento, de imediato, às autoridades, aos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, às entidades empregadoras e ao público em geral, dos nomes dos Médicos que estiverem suspensos do exercício profissional.

VII – Os Diretores Técnicos e Chefes de Serviços Médicos, em organismos de saúde que abrigarem profissionais com inscrição cancelada, estarão incurso no artigo 5º, alínea "1" do Código de Ética Médica e deverão responder a Processo Ético-Profissional, perante os Conselhos Regionais de Medicina.

Rio de Janeiro, 30 de dezembro de 1980

Murillo Bastos Belchior
Presidente

José Luiz Guimarães Santos
Secretário-Geral

RESOLUÇÃO Nº 663/75

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.288, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

Considerando que o ESTUDANTE DE MEDICINA deve ter parte ativa no sistema educacional;

Considerando que todo o estudante deve ser treinado na elaboração da história clínica, no exame do doente, no diagnóstico e no tratamento;

Considerando que o estudante de medicina deve iniciar sua experiência no trato dos doentes o mais cedo possível;

Considerando que o programa educacional deve incorporar assistência ambulatorial e hospitalar, para maior e melhor benefício do estudante de medicina;

Considerando que deve haver uma relação de cooperação a mais estreita possível entre as Escolas de Medicina e os diversos tipos de serviços médicos devidamente capacitados para o ensino, existentes no País;

Considerando que não se deve separar educação médica da assistência médica;

Considerando que, para adquirir um conhecimento básico das diferentes técnicas e procedimentos para bem tratar as mais variadas condições clínicas, o estudante deve ter um contato direto com doentes, com participação, sob supervisão, na solução de todos os problemas de saúde, sejam individuais ou da comunidade;

Considerando que o estudante de medicina deve ter a oportunidade de participar, sob supervisão, de atos e procedimentos médicos para atingir a sua execução num grau de eficiência e perfeição desejada;

Considerando que a educação do estudante de medicina deve ser o começo de um processo contínuo;

Considerando que deve ser dada a maior importância à orientação e aprimoramento em atividades práticas durante o aprendizado médico para que a transição do treinamento para a prática efetiva se realize de uma maneira natural, dando ao médico consciência e segurança;

RESOLVE:

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.

Rio de Janeiro, 28 de fevereiro de 1975

Murillo Bastos Belchior
Presidente

José Luiz Guimarães Santos
Secretário-Geral

A ATUAÇÃO MÉDICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA

PARECER DO CREMESP

O ESTUDANTE DEVE ATUAR EM HOSPITAL?

Tendo em vista a escassez de hospitais-escolas, em princípio pode parecer útil e defensável a participação de estudantes de medicina em atividades extracurriculares em hospitais privados. Esse parecer responde à indagação de um colega do interior que quer saber se é possível o aproveitamento de alunos em hospitais particulares, em clínica e cirurgia, mesmo em cidades onde existam Faculdades de Medicina.

Mas o parecer alerta para o fato de que não se pode ignorar os graves inconvenientes, tanto em prejuízo da população assistida como em detrimento da imagem de nossa profissão, referente à participação indiscriminada de alunos em hospitais privados. Movidos por uma multiplicidade de motivos, entre os quais a ilusória obtenção de conhecimentos práticos complementares à sua formação escolar e proveitos pecuniários necessários ao custeio de seus estudos, prestam-se, inocentemente, aos interesses escusos de proprietários e diretores de hospitais.

Dessa forma, a presença de estudantes em hospitais somente pode encontrar justificativa desde que encarada como uma modalidade paralela de ensino. Como tal, em seus contatos com os pacientes devem ter sua qualidade de aprendizes claramente caracterizada, para evitar à boa fé dos assistidos.

O mesmo colega quis saber, ainda, sobre os credenciamentos de instituição desse tipo. Para que possa aceitar alunos, esclarece o parecer, é imprescindível que possua definição estatutária que a caracterize como entidade de ensino e que seja dotada de infra-estrutura e de corpo clínico capacitados. Na ausência de regulamentação oficial a respeito não existe outra alternativa a não ser a de restringir o creden-

ciamento de instituições providas para o estágio de estudantes, continuando a ser dado apenas às que possuam o aval de escolas médicas oficialmente reconhecidas e que, portanto, se encontrem escudadas pela reputação e a responsabilidade dessas casas de ensino.

Finalmente, o parecer fala sobre a seguinte pergunta: Para dar assistência a alunos nesses hospitais é necessário que o médico seja assistente, livre-docente ou catedrático? Em tese, não parece obrigatório, embora seja altamente desejável que se possua título universitário. Mas os preceptores devem aceitar voluntariamente, e de bom grado, as responsabilidades advindas da função que passarão a exercer, sem visar a vantagens pessoais auferidas diretamente, como, por exemplo, cobrança indevida de honorários por serviços prestados pelos estudantes, ou indiretamente, pela transferência de responsabilidades profissionais.

RESPONSABILIDADE DO MÉDICO RESIDENTE

PARECER DO CREMESP

QUEM RESPONDE SE HOUVER IMPERÍCIA?

Este parecer responde a duas perguntas de um colega, diretor de Hospital Universitário: É lícito a um hospital de 200 leitos manter o atendimento médico efetuado fora do horário de expediente sob a responsabilidade de internos e residentes, sem equipe de plantão para orientar esses estagiários? A outra indagação: Na eventualidade de imperícia em atendimento de emergência, sobre quem recai a responsabilidade médica e ética? Sobre o residente, sobre os professores médicos responsáveis pela respectiva clínica ou sobre a direção do hospital

É lícito manter atendimento médico sob a responsabilidade de médicos residentes, desde que legalmente habilitados para o exercício da medicina (artigo 17 da Lei 3.268/57), diz o parecer.

Os estagiários internos, quando ainda alunos dos 5º e 6º anos do curso médico de graduação, podem participar do atendimento médico em hospitais-escola, desde que sob a supervisão direta e contínua de médicos legalmente habilitados. O CREMESP já teve a oportunidade de se manifestar contra o exercício de atividades médicas por estudantes de medicina em hospitais, clínicas e pronto-socorros, fora dos estabelecimentos de ensino.

Na eventualidade de ocorrência de qualquer ato danoso ao paciente, a responsabilidade recai civil e penalmente sobre o médico responsável pelo atendimento, estando ainda esse médico sujeito a

responder a processo ético-profissional no CREMESP.

Em hospitais-escola, quando o atendimento do qual resultou o dano for prestado por estudante de medicina, sem orientação de médico legalmente habilitado, este poderá responder civil e penalmente pela infração cometida, conforme disposto no art. 282 do Código Penal Brasileiro. Nesse caso, a ação do Conselho recai sobre o médico legalmente habilitado, que seria o responsável pelo atendimento (médico plantonista ou diretor clínico do hospital), que poderá não só ser co-responsabilizado civil e penalmente, como também ser indiciado em processo ético-profissional.

O hospital-escola tem como característica fundamental uma estrutura funcional dirigida para assistência, ensino e pesquisa e, para tanto, seu corpo clínico deve estar habilitado para exercer harmoniosamente essas funções. É exatamente isso que o diferencia de hospitais exclusivamente assistenciais, onde, infelizmente e não raro, os médicos residentes são utilizados apenas como mão-de-obra barata, sem receber a indispensável orientação didática.

SECCIONAL DO CRM – LONDRINA

Atendendo a uma antiga aspiração e reivindicação, o CRM estabeleceu a sua primeira sub-secretaria localizada na sede da Associação Médica de Londrina. Esta seccional estará sob a responsabilidade do Conselheiro Dr. Carlos Alberto Boer. Os colegas da cidade de Londrina e próximas, podem agora optar quando necessitarem de alguma informação e todo serviço de competência do Conselho.

O CRM agradece a AML, na pessoa de seu Presidente Dr. Paulo Roberto Moita da Silva pela cessão do local.

Endereço da Assoc. Med. Londrina, praça 1º de Maio, 130 – Londrina 86100 telefone 0432–22-5504 Cx. Postal 1691 – Secretária Roselaine Souza – Horário de expediente: 14:00 às 18,00 horas 2ª a 6ª feira e 8,00 às 12,00 sábados.

OPINIÃO LIVRE

Este espaço será destinado a comentários, opiniões, críticas, elogios, pareceres, relatos, solicitações sobre éticas, deontologia ou prática da medicina. Sugerimos que os comentários sejam objetivos, éticos, construtivos, analisadores e sintéticos. Se não somos parte da solução, somos parte do problema. Vamos colaborar. Vamos trabalhar juntos.

ANOTAÇÕES / LEMBRETES

COLEÇÃO "ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE
MEDICINA DO PARANÁ"

ESTA REVISTA TE SERÁ MUITO ÚTIL

ATENÇÃO

ISTO É DE SEU E NOSSO INTERESSE

Uma das grandes dificuldades das Sociedades, Associações e do Conselho, tem sido não dispor de um correto arquivo de endereçamento de seus membros. O endereço que dispomos foi fornecido por você em alguma época. Se não tem recebido correspondência lamentamos muito, mas infelizmente não fomos informados. Estamos muito interessados que todos recebam nossa correspondência corretamente. Assim, nos ajudem preenchendo este formulário e remetendo-o ao Conselho.

NOME _____

_____ CX. POSTAL _____

RUA _____ Nº _____

CEP _____ CIDADE _____

ESTADO _____ TELEFONE _____

FORMADO NA UNIVERSIDADE OU CURSO DE MEDICINA DE
_____ ANO _____

ESPECIALIDADE QUE PRÁTICA _____

TEM TÍTULO DE ESPECIALISTA DA SOCIEDADE ESPECIALI-
ZADA? _____

O TÍTULO JÁ FOI REGISTRADO NO CONSELHO? _____

RUBRICA _____ DATA _____

INDICE

EDITORIAL

Diretorias do CRMPR 1958/83	03
Conselheiros – CRMPR 1959/83	04
Código de Ética Médica.	07
Resolução CFM Nº 1036/80 (Divulgação)	26
Aposentadoria especial para médico	30
Circular CFM Nº 032/83.	31
Resolução CFM Nº 1125/83 (Anuidade/84)	31
Auditoria Médica e suas Implicações legais	33
Resolução Nº 1076/81 (Seguro de Vida)	41
Resolução Nº 1086/82 (Registro de especialista)	43
Resolução Nº 1124/83 (Regimento Interno).	46
Resolução Nº 565/73 (Fiscalização da profissão)	48
Resolução Nº 743/76 (Atestado de óbito)	49
Resolução Nº 1040/80 (Cancelamento de inscrição).	50
Resolução Nº 663/75 (Estudante de Medicina)	52
A Atuação Médica do Estudante de Medicina	53
Responsabilidades do Médico Residente	54
Opinião Livre	
Anotações / Lembretes	
Atualização de Endereço	

COMISSÕES DE TRABALHO

1. COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS
Presidente: Dr. Farid Sabbag
Colaboradores: Dr. Luiz Fernando Cajado O. Braga
Dr. Ehrenfried O. Wittig
2. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS (CODAME)
Presidente: Dr. Milton Cesar Scaramuzza
Colaboradores: Dr. José Antonio Maingué
Dr. Sérgio Fonseca Tarlé
Dr. Osvaldo Malafaia
Dr. Gilberto Saciloto
Dr. Ildefonso Amoêdo Canto
Dr. Nasir Jamil Bauab
Dr. Lauro Del Valle Pizarro
3. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO
Presidente: Dr. Ehrenfried O. Wittig
Colaboradores: Dr. Antonio Leite Oliva Filho
Dr. Jackson Herrera
4. COMISSÃO DE ESTUDOS SOBRE "NORMAS ÉTICAS E REGIMENTAIS"
Presidente: Dr. Frederico João Massignan
Colaboradores: Dr. João Geraldo P. Mercer
Dr. João Nassif
5. COMISSÃO DE ESTUDOS SOBRE "SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE"
Presidente: Dr. Luiz Carlos Sobania
Colaboradores: Dr. Octaviano Baptistini Júnior
Dr. Mario Budant de Araújo
6. COMISSÃO DE ESTUDOS SOBRE "QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL"
Presidente: Dr. Nelson Egydíio de Carvalho
Colaboradores: Dr. Luiz Fernando Cajado O. Braga
Dr. Marco Aurélio de Quadros Cravo
Dr. Paulo Renato Sebrão
Dr. Jurandir Marcondes Ribas Filho
Dr. Lorete Maria da Silva Kotze
7. COMISSÃO DE ESTUDOS SOBRE "AUDITORIA MÉDICA"
Presidente: Dr. Edison Matos Novak
Colaboradores: Dr. Osmar Martins
Dr. Sérgio Todeschi
Dr. Gilberto Saciloto
8. COMISSÃO DE LICITAÇÃO E LEILÃO
Presidente: Dr. Marco Aurélio de Quadros Cravo
Colaboradores: Dr. Edison Matos Novak
Dr. Jackson Herrera