

ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

v.28 - n.112 - Out/Dez - 2011



CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
GESTÃO 2008/2013
DIRETORIA 01/06/2010 a 31/01/2012

Presidente:	Cons.	Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Vice-Presidente:	Cons.	Alexandre Gustavo Bley
Secretário Geral:	Cons.	Hélcio Bertolozzi Soares
1º. Secretário:	Cons.	José Clemente Linhares
2º. Secretário:	Cons.	Marco Antonio do S. Marques Ribeiro Bessa
1ª. Tesoureira:	Cons ^a .	Roseni Teresinha Florencio
2º. Tesoureiro:	Cons.	Sérgio Maciel Molteni
Corregedor-Geral:	Cons.	Alceu Fontana Pacheco Júnior
1ª. Corregedora:	Cons ^a .	Marília Cristina Milano Campos
2º. Corregedor:	Cons.	Roberto Issamu Yosida

CONSELHEIROS

Alceu Fontana Pacheco Júnior
Alexandre Gustavo Bley
Ana Maria Silveira Machado de Moraes (Maringá)
Arnaldo Lobo Miró
Carlos Puppi Busetti Mori (Cascavel)
Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Clóvis Marcelo Corso
Darley Rugeri Wollmann Júnior
Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Ehrenfried O. Wittig (indicado pela AMP)
Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke
Gerson Zafalon Martins
Gustavo Justo Schulz
Hélcio Bertolozzi Soares
Hélio Delle Donne Júnior (Guarapuava)
Joachim Graf
José Carlos Amador (Maringá)
José Clemente Linhares
Keti Stylianos Patsis
Lisete Rosa e Silva Benzoni (Londrina)

Luís Fernando Rodrigues (Londrina)
Luiz Antonio de Melo Costa (Umuarama)
Luiz Jacintho Siqueira (Ponta Grossa)
Luiz Sallim Emed
Lutero Marques de Oliveira
Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa
Marília Cristina Milano Campos
Mário Teruo Sato
Marta Vaz Dias de Souza Boger (Foz do Iguaçu)
Maurício Marcondes Ribas
Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Monica De Biase Wright Kastrop
Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
Paulo Roberto Mussi (Pato Branco)
Raquela Rotta Burkiewicz (Falecida em 17/04/2010)
Roberto Issamu Yosida
Romeu Bertol
Roseni Teresinha Florencio
Sérgio Maciel Molteni
Wilson José Ferreira de Paula (indicado pela AMP)
Wilmar Mendonça Guimarães
Zacarias Alves de Souza Filho

Membros Natos

Duilton de Paola, Farid Sabbag, Luiz Carlos Sobania, Luiz Sallim Emed, Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Hélcio Bertolozzi Soares, Gerson Zafalon Martins, Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho e Carlos Roberto Goytacaz Rocha.

Departamento Jurídico

Consultor Jurídico: Adv. Antonio Celso Cavalcanti Albuquerque
Assessores Jurídicos: Adv. Afonso Proença Branco Filho e Martim Afonso Palma

Departamento de Fiscalização

Médicos fiscais de Curitiba: Dr. Elísio Lopes Rodrigues, Dr. Jun Hirabayashi e Dr. Graciane Peña Mogollon
Médico fiscal do Interior: Dr. Paulo César Aranda (Londrina)
defep@crmpr.org.br

SECRETARIA

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - Paraná - CEP 80810-340
e-mail: crmpr@crmpr.org.br - Telefone: (41) 3240-4000 - Fax: (41) 3240-4001

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 28	n. 112	p. 173-232	Out/Dez.	2011
---------------------------	----------	-------	--------	------------	----------	------

EDITOR

Ehrenfried Othmar Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Donizetti D. Giamberardino Filho Ehrenfried O. Wittig Gerson Z. Martins Miguel I.A. Hanna Sº.
Hélcio Bertolozzi Soares Hernani Vieira João M. C. Martins Luiz Sallim Emed Carlos Roberto G. Rocha

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Órgão oficial do CRMPR, é uma revista criada em 1984, dedicada a divulgação de trabalhos, artigos, legislações, pareceres, resoluções e informações de conteúdo ético.

ENDEREÇOS**CRMPR**

Secretaria Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre
80810-340 Curitiba - Paraná - Brasil
e-mail Protocolo/Geral : protocolo@crmpr.org.br
Secretaria: secretaria@crmpr.org.br
Setor Financeiro: financeiro@crmpr.org.br
Diretoria: diretoria@crmpr.org.br
Departamento Jurídico: dejur@crmpr.org.br
Departamento de Fiscalização: defep@crmpr.org.br
Departamento de Recursos Humanos: rh@crmpr.org.br
Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos e
Comissão de Qualificação Profissional: cap@crmpr.org.br
Comissão de Atualização Cadastral de E-mails: correio@crmpr.org.br
Assessoria de Imprensa: imprensa@crmpr.org.br
Biblioteca: biblioteca@crmpr.org.br
Home-Page www.crmpr.org.br
Postal Caixa Postal 2208
Telefone 41 3240-4000
Fax 41 3240-4001

CFM

Home-Page cfm@cfm.org.br
www.portalmedico@cfm.org.br
e-mail jornal@cfm.org.br

CIRCULAÇÃO

Edição Eletrônica
Edição Gráfica (Limitada)

CAPA

Criação: Rodrigo Montanari Bento

DIAGRAMAÇÃO

Marivone S. Souza (41) 3338-5559

FOTOLITOS E IMPRESSÃO

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

EDIÇÃO

Revista publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro. Índice geral anual editado no mês de dezembro. Um único suplemento (I) foi editado em dezembro de 1997 e contém um índice remissivo por assuntos e autores de todos os 56 números anteriores, e está disponível na Home-Page www.crmpr.org.br

REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

O texto publicado assinado nos "Arquivos", só poderá ser reproduzido ou transcrito, em parte ou no todo, com a permissão escrita da revista e autor e citação da fonte original.

RESPONSABILIDADE

Os conceitos expressos nos artigos publicados e assinados, são de responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente o pensamento do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Os "Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", são encaminhados gratuitamente à todos os Médicos registrados no Conselho Regional de Medicina do Paraná, às bibliotecas dos Cursos de Medicina e dos Cursos de Direito do Brasil, ao Conselho Federal de Medicina, aos Conselhos Regionais de Medicina, aos Conselhos Regionais da Área de Saúde do Paraná e outros solicitantes.

NORMAS PARA OS AUTORES

A revista reserva-se o direito de aceitar ou recusar a publicação, de analisar e sugerir modificações no artigo

TEXTO - pareceres, leis, resoluções, monografias, transcrições, artigos, ... para publicação devem ser enviados ao editor, em arquivo word para imprensa@crmpr.org.br. Os textos devem conter:

Título - sintético e preciso, em português e inglês.

Autor(es) - nome(s) e sobrenome(s).

Resumo e Abstract - Breve descrição do trabalho em português e inglês, permitindo o entendimento do conteúdo abordado, externando o motivo do estudo, material e método, resultado, conclusão, encima do texto.

Palavras-chave, descritores e keywords - devem ser colocadas abaixo do resumo e do abstract em número máximo de 6 (seis) títulos.

Procedência - O nome da instituição deve ser registrado no rodapé da primeira página, seguindo-se o título ou grau e a posição ou cargo de cada autor e, embaixo, o endereço postal e eletrônico para correspondência do primeiro autor.

Tabelas - em cada uma deve constar um número de ordem, título e legenda.

Ilustrações (Fotos e Gráficos) - em cada uma deve constar um número de ordem e legenda. Fotografias identificáveis de pessoas ou reproduções já publicadas devem ser encaminhadas com a autorização para publicação.

Referências - devem ser limitadas ao essencial para o texto. Numerar em ordem seqüencial de citação no texto. A forma de referência é a do Index Medicus. Em cada referência deve constar:

Artigos - autor(es) pelo último sobrenome, seguido das iniciais dos demais nomes em letra maiúscula. Vírgula entre cada autor e ponto final após os nomes.

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

Título do trabalho e ponto. Periódico abreviado pelo Index Medicus, sem ponto após cada abreviatura, mas ponto no final. Ano, seguido de ponto e vírgula. Volume e dois pontos, página inicial - final, ponto.

Livros - autor(es) ou editor(es). Título; edição se não for a primeira. Cidade da editoração. Ano e página inicial-final.

Resumo(s) - autor(es), título seguido de abstract. Periódico, ano, volume, página(s) inicial-final. Quando não publicado em periódico: publicação, cidade, publicadora, ano, página(s).

Capítulo do livro - autor(es). título. editor(es) do livro. Cidade de editoração, página inicial e final citadas.

Exemplo: Werneck LC, Di Mauro S. Deficiência Muscular de Carnitina: relato de 8 casos em estudo clínico, eletromiográfico, histoquímico e bioquímico muscular. Arq Neuropsiquiatr 1985; 43:281-295.

É de responsabilidade do(s) autor(es) a precisão das referências e citações dos textos.

ÍNDICE REMISSIVO

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos dos primeiros 50 números, publicados no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e, após, no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page www.crmp.org.br Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em biblioteca@crmp.org.br ou por telefone 0xx41 3240-4000.

ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

FICHA CATALOGRÁFICA

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná" Conselho Regional de Medicina do Paraná Curitiba, 2011;28(112):173-232 Trimestral 1. Ética 2. Bioética 3. Moral 4. Dever Médico 5. Direito Médico I. Conselho Regional de Medicina do Paraná Arq Cons Region Med do PR ISSN 0104-7620	ABNT
--	------

ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

Sumário

ARTIGO

A Judicialização da Saúde Como Realização do Direito à Vida	
Edson Silva da Costa	173

RESOLUÇÕES

Definição de Consulta Médica	
CFM	191
Convênio CRMPR/CRMSC Regionais Rio Negro e Porto União	
CRM-PR	193
As Empresas de Prestação Direta ou que Intermediam Serviços Médicos ou Hospitalares Devem Seguir Princípios?	
CFM	195
A Inscrição Obrigatória nos Conselhos de Medicina é Mediante Cadastro ou Registro	
CFM	198

PORTARIA

Política Nacional de Saúde Para Pessoa Portadora de Deficiência	
Ministério da Saúde	205

PARECERES

Dignidade nos Honorários Médicos	
Clovis Marcelo Corso	210
Cuidados na Publicidade Médica	
Keti Stylianos Patsis	213

LEGISLAÇÃO

Atestado de Acompanhamento ao Médico há Obrigação em Aceitar?	
Sérgio Ferreira Pantaleão	219

ÍNDICE REMISSIVO 2011

Números 109 a 112	
Arquivos 2011	223

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

Almanaque de Farmácia do Biotônico - 1933 e 1936	
Ehrenfried Othmar Wittig	232

A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE COMO REALIZAÇÃO DO DIREITO À VIDA

Edson Silva da Costa*

Palavras-chave - judicialização, saúde, direito, vida, concurso, ética, Conselho Federal de Medicina, Edson Silva da Costa, 2ª colocação

THE JUDICATURE OF HEALTH AS THE RIGHT TO LIFE

Key-words - judicature, health, rights, life, contest, ethics, Federal Council of Medicine, Edson Silva da Costa, 2nd place

SUMÁRIO

SUMÁRIO	1
INTRODUÇÃO	2
1. DIREITOS SOCIAIS FUNDAMENTAIS	3
2. DIREITO À SAÚDE	6
3. POSSIBILIDADE DE RESTRIÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS SOCIAIS	9
3.1 RESERVA DO POSSÍVEL	11
3.2 MÍNIMO EXISTENCIAL	13
4. JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS - POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO DO JUDICIÁRIO PARA CONCRETIZAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS	15
5. A RESPOSTA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL	18
5.1 JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS JÁ EXISTENTES	20
5.1.1 Se a prestação de saúde pleiteada não estiver entre as políticas do SUS	21
Omissão Legislativa	21
Decisão administrativa de não fornecê-la	21
6. CONCLUSÃO	22
BIBLIOGRAFIA	25

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal prevê, em suma, que o direito à saúde seja universal, igualitário, garantido a todos e dever do Estado, a ser efetivado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos.

* Advogado de São Miguel do Iguaçu (PR). Monografia premiada em 2º lugar na 22ª edição do Concurso de Monografia Sobre Ética, Bioética e Profissão Médica, do Conselho Regional de Medicina do Paraná, que teve como tema central "Judicialização da Medicina".

Nos últimos anos, no Brasil, a Constituição conquistou verdadeiramente, força normativa e efetividade. A jurisprudência acerca do direito a saúde e ao fornecimento de medicamentos é um exemplo emblemático do que se vem de afirmar. As normas constitucionais deixaram de ser percebidas como integrantes de um documento estritamente político, mera convocação a atuação do Legislativo e do Executivo, e passaram a desfrutar de aplicabilidade direta e imediata por juízes e tribunais. Nesse ambiente, os direitos constitucionais em geral, e os direitos sociais em particular, converteram-se em direitos subjetivos em sentido pleno, comportando tutela judicial específica. A intervenção do Poder Judiciário, mediante determinações a Administração Pública para que forneça gratuitamente medicamentos em uma variedade de hipóteses, procura realizar a promessa constitucional de prestação universalizada do serviço de saúde.

Ocorre que todas as ações, inclusive na área de saúde, dependem de aporte de recursos, especialmente financeiro, para se efetivar. As necessidades são, portanto, infinitas e os recursos escassos.

O Executivo, deixa de implementar políticas públicas, sob o argumento de falta de recursos e o Judiciário é, portanto, instado a agir, para obrigar a implementação dessas políticas, fazendo um papel que originariamente não é seu.

Esse embate entre os poderes, no qual o Judiciário assume o papel do executivo na realização de políticas públicas, algumas vezes sem uma profunda análise das consequências dessas decisões, criam uma tensão entre os poderes, que pode chegar a determinar a alocação de recursos que beneficiariam uma coletividade, em favorecimento de um indivíduo.

Contudo, o sistema começa a apresentar sintomas graves de que pode morrer da cura, vítima do excesso de ambição, da falta de critérios de voluntarismos diversos. Por um lado, proliferam decisões extravagantes ou emocionais, que condenam a Administração ao custeio de tratamentos irrazoáveis, seja porque inacessíveis, seja porque destituídos de essencialidade, bem como, de medicamentos experimentais ou de eficácia duvidosa, associados a terapias alternativas.

Esse trabalho tem, portanto, o condão de fomentar a discussão acerca da judicialização da política e tentar identificar alguns parâmetros para soluções desse conflito e apresentar respostas corretas, que não é nem a única, nem a melhor, mas a correta (adequada à constituição)¹.

1. DIREITOS SOCIAIS FUNDAMENTAIS

Inicialmente, identificam-se as origens e conceituação dos denominados direitos humanos, fundamentais e sociais, porque há certa confusão na doutrina jurídica sobre esses termos², cabendo, portanto, sua rápida distinção.

Reporta-se à conceituação e classificação proposta por Ingo Wolfgang Sarlet, para quem direitos humanos são os assegurados a qualquer pessoa, pelo seu simples nascimento, independentemente da nacionalidade, oponível ao

¹ Cf. STRECK, Lenio Luiz. *Hermenêutica jurídica e(m) crise*. 8. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009, p. 321.

² SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 6ª ed., Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006, pp. 35 e 36.

próprio Estado e de validade universal, com caráter supranacional atribuído por documentos afetos ao direito internacional e estão relacionados aos denominados direitos naturais.

Thomas Paine, com sua obra *The Rights of Man*³, fora o responsável pela popularização do termo direitos do homem (direitos humanos), em substituição ao clássico termo direitos naturais, tidos como não criados ou concedidos, somente reconhecidos ou declarados, porque inerentes à própria condição de ser humano. Por isso, os documentos legais que os positivam geralmente são denominados declarações⁴.

A “internacionalização” dos direitos naturais se deve à mudança da premissa, de que qualquer atentado contra os direitos e liberdades das pessoas é uma questão internacional e, não somente afeta à esfera nacional de cada Estado⁵.

Quanto aos *direitos fundamentais*, estes são os direitos do ser humano, consagrados implícita ou explicitamente pelo Direito Constitucional de cada Estado, que juntamente com as normas que determinam a forma do Estado e estabelecem seu sistema econômico, são “*decisivas para definir o modelo constitucional da sociedade*”⁶.

No período pós-guerra, as Constituições passaram a inserir em seus textos, direitos fundamentais, que afetam a vida dos cidadãos, não sendo apenas repositórios de direitos civis e políticos, como antes⁷ e, a constitucionalização dos direitos fundamentais teve importância a partir de então, devido a sua força eminentemente vinculante às funções de Estado.

Por sua vez, os direitos sociais são os “*responsáveis pela estipulação de prestações a serem fornecidas pelos Poderes Públicos, em favor dos indivíduos*”⁸, como direito a determinadas prestações a serem cumpridas pelo Estado e “*abranagem tanto direitos (posições ou poderes) a prestações (positivos) quanto direitos de defesa (direitos negativos ou a ações negativas)*”⁹.

Os direitos fundamentais surgiram, primeiramente, com seu caráter negativo, para limitar o Poder do Estado, quando do surgimento do Estado liberal, com a Revolução Francesa, para restringir o Poder do Estado em face do indivíduo¹⁰, na passagem histórica do mundo medieval da idade moderna para a contemporânea inaugurada por esta revolução.

³ LUÑO, Antonio Enrique Pérez. **Los Derechos Fundamentales**. 8º ed., Madrid: Tecnos Editora, 2004, Reimpressão 2005, pp. 32 e 36.

⁴ Como exemplos, a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, em 1789 e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pela Resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948.

⁵ LUÑO, Antonio Enrique Pérez. **Los Derechos Fundamentales**. 8º ed., Madrid: Tecnos Editora, 2004, Reimpressão 2005, p. 41.

⁶ *Ibidem* p. 19.

⁷ DESLDUQUE, Maria Célia. Saúde: Um Direito e um Dever de Todos. Boletim da Saúde, Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS, v 24, nº 02, 2010, p 95.

⁸ FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito à saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2007, p. 24.

⁹ SARLET, Ingo Wolfgang e FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do Possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. SARLET, Ingo Wolfgang (org), TIMM, Luciano Benetti (org), BARCELOS, Ana Paula de, entre outros. **Direitos Fundamentais: orçamento e “Reserva do possível”**. 2. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010, p. 16.

¹⁰ Streck, Maria Luiza Schäfer. **Direito Penal e Constituição: a face oculta da proteção dos direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2009, p. 32.

Posteriormente, com a crise do Estado liberal, que não bastou para assegurar a dignidade humana, inaugurou-se a fase social do Estado, no século XX, que fora transformado em Estado Constitucional, no qual ele deixou o papel exclusivo de absentéismo, caráter negativo, para o intervencionismo, caráter positivo dos direitos fundamentais¹¹.

*“Assim, sem abandonar a idéia de direitos individuais como forma de defesa do indivíduo contra o Estado, o direito numa concepção democrática abraça a possibilidade de atuação positiva por parte do Estado, ou dito de outra forma, passa a ver o Estado como ‘amigo’ dos direitos fundamentais.”*¹²

Atualmente, os direitos a prestações não possuem dimensões exclusivas (positivas ou negativas), porque os negativos possuem uma dimensão positiva e os positivos, uma negativa.

O indivíduo pretende, de uma parte, que todos deixem de afetar o seu bem-estar e, de outra, que os poderes públicos ofereçam a ele os serviços para obtenção desse bem-estar¹³, já que *“seria ilógico permitir aos privados violar os direitos que a autoridade política ou administrativa devem respeitar.”*¹⁴

Como exemplos: quando o Estado tutela uma liberdade individual (direito negativo), compromete-se a prestar uma ação positiva de impedir que qualquer pessoa limite injustamente o exercício desse direito. E, quando o Estado confere ao cidadão direito a determinada prestação (direito positivo), compromete-se a não interferir mais do que o mínimo necessário, na esfera individual dos cidadãos, no cumprimento de sua tarefa (direito negativo).¹⁵

Os direitos fundamentais sociais são, portanto, os direitos dos cidadãos oponíveis ao Estado, para que este realize determinadas prestações ou impeça determinadas ações (direitos negativos), como alteração legislativa, inclusive da Constituição, com redução da proteção dos direitos fundamentais, positivados implícita ou explicitamente na Constituição de cada Estado.

2. DIREITO À SAÚDE

Sarlet adverte que algumas pessoas ainda questionam a razão do direito à saúde estar previsto na Constituição Federal e de que diversos profissionais não especificamente ligados às ciências médicas, como juristas, se ocuparem de sua discussão, alegando que tal competência deveria ser relegada somente aos

¹¹ Ibidem 33.

¹² Ibidem 48.

¹³ MIGLINO, Arnaldo. **Direito à Saúde: uma liberdade com características negativas e positivas**. Boletim da Saúde, Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS, v 24, nº 02, 2010, p. 37.

¹⁴ Ibidem p 38.

¹⁵ (...) partindo-se aqui do critério da natureza da posição jurídico-subjetiva reconhecida ao titular do direito, bem como da circunstância de que os direitos negativos (Notadamente os direitos à não intervenção na liberdade pessoal e nos bens fundamentais tutelados pela Constituição_ apresentam uma dimensão ‘positiva’ (já que sua efetivação reclama uma atuação positiva do Estado e da sociedade), ao passo que os direitos a prestações (positivos) fundamentam também posições subjetivas ‘negativas’, notadamente quando se cuida de de sua proteção contra ingerências indevidas por partes dos órgãos estatais, de entidades sociais e também de particulares.” SARLET, Ingo Wolfgang e FIGUEIREDO, Mariana Filchtner. Reserva do Possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. SARLET, Ingo Wolfgang (org), TIMM, Luciano Benetti (org), BARCELOS, Ana Paula de, entre outros. **Direitos Fundamentais: orçamento e “Reserva do possível”**. 2. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010, p. 16

médicos, governo ou planos de saúde, já que normalmente, quando se tematiza a saúde, pensa-se nesses.

*“Em face de sua estreita vinculação com a própria garantia da vida e de uma vida com dignidade”*¹⁶ o tema é juridicamente relevante, especialmente porque para compreender o papel do direito na proteção à saúde, necessário o conhecimento dos fatores determinantes da própria saúde, o que implica em análise multidisciplinar do tema¹⁷.

Para isso, necessária a aproximação científica de áreas distintas sobre o mesmo objeto de interesse que é a saúde¹⁸, já que o direito à saúde é reflexivo, porque é ao mesmo tempo tema e problema¹⁹.

O direito à saúde é um direito social e fundamental, formal (previsto na Constituição Federal de 1988, especialmente nos artigos 6º e 196) e materialmente constitucional (a matéria é afeta aos direitos fundamentais), tão fundamental que, mesmo em países nos quais a Constituição não os previu expressamente, há reconhecimento de que é um direito fundamental não escrito (implícito), como na República Federal da Alemanha²⁰.

A Constituição Federal garante que a saúde é *“direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*²¹, sob pena de tornar-se meramente simbólica.

Com isso, o direito à saúde *“deixa e ser somente o direito da pessoa e passa a ser um bem da comunidade, um direito reconhecido para todos.”*²²

O direito à saúde é também um direito de liberdade, porque importa na libertação da doença e da necessidade de saúde²³, para realização de uma sociedade fraterna e pluralista, almejada pela humanidade, ao qual se deve dar o máximo de efetividade e eficácia.

Esse direito social tem duas características, positiva e negativa, nesta, *“o indivíduo pretende que todos deixem de afetar o seu bem-estar psíquico, físico*

¹⁶ SARLET, Ingo Wolfgang. **Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na constituição de 1988**. Revista Diálogo Jurídico, Salvador, CAJ - Centro de Atualização Jurídica, n.º. 10, janeiro, 2002. Disponível na Internet: <<http://www.direitopublico.com.br>>. Acesso em: 07/03/2011, p. 3.

¹⁷ AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria Geral do Direito Sanitário**. Tese de Doutorado apresentada para o programa de pós-graduação em saúde pública para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública pela USP, sob a orientação de Sueli Gandolfi Dallari, 2006, disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-23102006-144712/pt-br.php>>, acesso em 10 de maio de 2011, pp. 19-20.

¹⁸ AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria Geral do Direito Sanitário**. Tese de Doutorado apresentada para o programa de pós-graduação em saúde pública para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública pela USP, sob a orientação de Sueli Gandolfi Dallari, 2006, disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-23102006-144712/pt-br.php>>, acesso em 10 de maio de 2011, p. 54.

¹⁹ Alusão a assertiva de Ulrich Beck, de que “o processo de modernização torna-se ‘reflexivo’, convertendo-se a si mesmo em tema e problema.” BECK, Ulrich. **Sociedade de Risco: rumo a uma outra modernidade**. São Paulo: Ed. 34, 2010, p. 24.

²⁰ SARLET, Ingo Wolfgang. **Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na constituição de 1988**. Revista Diálogo Jurídico, Salvador, CAJ - Centro de Atualização Jurídica, n.º. 10, janeiro, 2002. Disponível na Internet: <<http://www.direitopublico.com.br>>. Acesso em: 07/03/2011, p. 3.

²¹ Art. 192 da Constituição Federal.

²² VIAL, Sandra Regina Martini. As Dificuldades e os Avanços na Efetivação do Direito à Saúde: Um Estudo da Decisão do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul x Município de Giruá. Boletim da Saúde, Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS, v 24, n.º 02, 2010, p. 18.

²³ CANOTILHO, J. J. Gomes e MOREIRA, Vital. **Fundamentos da Constituição**. Coimbra Editora. 1991, p.103.

e social e naquela, que os poderes públicos lhe ofereçam serviços para obtenção desse bem-estar".²⁴

Às normas constitucionais que tutelam os direitos fundamentais, especialmente o direito fundamental à saúde, deve-se atribuir o máximo de efetividade em sua densidade normativa²⁵.

No caso da saúde, isso somente é realizável em um plano hipotético, no qual nenhum cidadão adoeceria e todos teriam saúde, sem necessitar recorrer ao sistema de saúde para tratar suas enfermidades, porque evitadas preventivamente e, com o mais completo bem-estar físico, mental e social, como referenciado pelo conceito de saúde da OMS.

Os limites²⁶ reais da concretização do direito social à saúde estão no intervalo entre o panorama atual, em que ainda se discute a possibilidade de intervenção do Poder Judiciário sobre os demais "Poderes do Estado"²⁷, para que implementem políticas públicas no tratamento de doenças e, sua prevenção absoluta, que evitaria a utilização de qualquer sistema de saúde.

A prevenção absoluta é um ideal inalcançável, certamente, porque para isso, seria necessário eliminar completamente os riscos de danos à saúde e, "os maiores estudiosos da matéria mostram que o risco zero é uma utopia, pois sempre haverá um risco residual, que ainda é risco"²⁸, ou seja, o "risco zero é ilusão"²⁹, mas deve ser almejado e todos os esforços despendidos para se aproximar ao máximo desse limite.

Para isso, a saúde deve deixar de ser objeto de poder, para manter o povo escravo e dependente, como na época colonial, quando Portugal proibia o ensino médico no Brasil, para manter a dependência e dominação portuguesa.

Exemplo disso é que até o século XIX, em nenhum momento o Brasil chegou a contar com dez médicos³⁰.

Considerando-se que houvessem dez médicos na época e, os dados populacionais históricos indicados pelo IBGE, de que, em 1808, o Brasil possuía

²⁴ MIGLINO, Arnaldo. **Direito à Saúde: uma liberdade com características negativas e positivas**. Boletim da Saúde, Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS, v 24, nº 02, 2010, p 38.

²⁵ BARROSO, Luis Roberto. Da Falta de Efetividade à Judicialização Excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. P. 5. Disponível em <<http://www.lrbarroso.com.br>>, acesso em 20-02-2011.

²⁶ Alusão à teoria dos limites, utilizado em matemática para descrever o comportamento de uma função à medida que o seu argumento se aproxima de um determinado valor, com especial ênfase, como no presente caso, quando tende ao infinito, já que o infinito corresponde a algo que pode ser aumentado, continuado ou estendido, tanto quanto se queira.

²⁷ Utiliza-se o termo poderes, como expresso na Constituição Federal, mas no sentido de funções do Estado, conforme demonstrado por Têmis Limberger, que ensina que: "É importante salientar que a doutrina a que se convencionou a denominação 'separação dos poderes' não foi assim conceituada por seu autor, Montesquieu. Da leitura de sua obra, extraem-se duas idéias principais, quais sejam: a distinção tripartite das funções do Estado e a idéia de controle recíproco entre estas atividades." LIMBERGER, Têmis. **Políticas Públicas e o direito à saúde: a busca da decisão adequada constitucionalmente**. Constituição, Sistemas Sociais e Hermenêutica: Anuário nº 06 do Programa de pós-graduação em Direito da UNISINOS: mestrado e doutorado, orgs. Lenio Luiz Streck e outros, Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2010, (pp. 53/70), p. 58.

²⁸ LOPEZ, Tereza Ancona. Princípio da Precaução e Evolução da Responsabilidade Civil. São Paulo: Quartier Latin, 2010, p. 31.

²⁹ Ibidem, p. 17.

³⁰ MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 171.

4.051.000 (quatro milhões, cinqüenta e um mil) habitantes³¹, tem-se a razão de 405.100 (quatrocentos e cinco mil e cem habitantes) por médico.

Essa quantia de médicos era muito pior do que insuficiente para atender à demanda nacional e é repetida pelos atuais governantes brasileiros, que mantêm o povo dependente de políticas sociais de controle, como se fossem benesses do administrador público a garantia da saúde e, não um direito da pessoa humana.

3. POSSIBILIDADE DE RESTRIÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS SOCIAIS

Os direitos fundamentais, apesar de sua importância, não são absolutos e definitivos, podendo, portanto, serem limitados.

Caso fossem absolutos, deveriam ser em qualquer situação, obrigatoriamente satisfeitos, sob pena de serem violados e não afastados ou restringidos no caso concreto.³²

Para Leivas, esses direitos somente poderiam ser restringidos mediante determinações constitucionais, por normas constitucionais ou autorizações constitucionais para outras normas o fazê-lo³³.

Sob a matriz teórica de Robert Alexy, Leivas argumenta que *“para que se produza a consequência jusfundamental definitiva o tipo normativo deve ser satisfeito e a cláusula restritiva não deve estar satisfeita. Para que não se produza a consequência jusfundamental definitiva, há duas possibilidades: ou o tipo normativo não está satisfeito ou está satisfeita a cláusula restritiva.”*³⁴

O caso emblemático é o denominado *numerus clausus*, decidido pelo Tribunal Constitucional Federal da Alemanha.

Numerus clausus, conforme identifica Leivas³⁵ (p. 98), *“é a denominação de uma política adotada na Alemanha, em 1960”* para limitar o número de estudantes em determinados cursos universitários, face à grande demanda a determinadas áreas.

Nesta decisão, o Tribunal Constitucional Federal alemão, identifica e distingue o direito do estudante participar das instituições existentes e a criação de novas vagas.

A decisão foi tomada, invocando-se a reserva do possível e o mínimo existencial.

3.1 RESERVA DO POSSÍVEL

Na Alemanha, do paradigmático caso das vagas nas universidades, denominado *caso numerus clausus*³⁶, exsurgiu a teoria da reserva do possível.

³¹ Fonte IBGE, disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censohistorico/1550_1870.shtml>, acesso em 28-08-2011.

³² ALEXY, Robert, *Theorie der Grundrechte*, 3. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1996, p. 254, tradução espanhola, p. 272, apud LEIVAS, Paulo Gilberto Cogo. *Teoria dos Direitos Fundamentais Sociais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2006, p. 61.

³³ LEIVAS, Paulo Gilberto Cogo. *Teoria dos Direitos Fundamentais Sociais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2006, p. 61.

³⁴ *Ibidem*, p. 61.

³⁵ *Ibidem*, p. 98.

³⁶ SARLET, Ingo Wolfgang e FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. *Reserva do Possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações*. SARLET, Ingo Wolfgang (org), TIMM, Luciano Benetti (org), BARCELOS, Ana Paula de, entre outros. **Direitos Fundamentais: orçamento e “Reserva do possível”**. 2. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010, p. 29.

A Constituição alemã assegura a todos os cidadãos o direito a escolher sua profissão e o local onde quer estudar.

Como o número de vagas nas universidades não era suficiente para atender a todos que pretendiam cursar determinados cursos, estudantes ajuizaram pretensão postulando que o Estado aumentasse as vagas dos cursos.

Ao analisar o caso, a Corte Constitucional alemã decidiu que as vagas eram ofertadas nos limites do possível orçamentário e, portanto, poderia sofrer restrições.

Restou assentado também que a pretensão deve corresponder àquilo que o indivíduo pode razoavelmente exigir da sociedade, não fazendo jus ao benefício quando ele possui recursos para satisfazer a necessidade³⁷ e desde que o Estado possa atender a outros cidadãos em mesmas condições de igualdade, em prestígio ao princípio da igualdade.

Essa doutrina fora importada pela brasileira e, atualmente, a aplicação da reserva do possível na concretização dos direitos fundamentais sociais está condicionada à limitada capacidade financeira e, a disponibilidade de disposição de recursos materiais para atendimento da demanda.

Sarlet sustenta que a reserva do possível apresenta pelo menos uma dimensão tríplice, que abrange:

a) a efetiva disponibilidade fática dos recursos para efetivação dos direitos fundamentais; b) a disponibilidade jurídica dos recursos materiais e humanos, que guarda íntima conexão com a distribuição das receitas e competências tributárias, orçamentárias, legislativas e administrativas, entre outras, e que, além disso, reclama equacionamento, notadamente no caso do Brasil, no contexto do nosso sistema constitucional federativo; c) já na perspectiva (também) do eventual titular de um direito a prestações sociais, a reserva do possível envolve o problema da proporcionalidade da prestação, em especial no tocante à sua exigibilidade e, nesta quadra, também da sua razoabilidade³⁸.

É impossível desdobrar a interpretação, como propõe a hermenêutica clássica: primeiro compreendo, depois interpreto para por fim aplicar e diferentemente do decisionismo de Kelsen, a interpretação surgirá da *applicatio*, que “é a própria compreensão real do geral que cada texto dado é para nós”³⁹ e a constituição é pressuposta em qualquer interpretação normativa, porque é um ente disponível.

Por isso, a resposta correta, que não é nem a única, nem a melhor, mas a correta (adequada à constituição)⁴⁰, deve respeitar alguns parâmetros e limites para soluções dos conflitos, que somente exsurge do caso concreto.

Assim, como Wolkmer identifica a cultura jurídica brasileira como “*monista de forte impulso kelseniano, ordenada num sistema lógico-formal de raiz liberal-*

³⁷ *Ibidem*, p. 29.

³⁸ SARLET, Ingo Wolfgang e FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do Possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. SARLET, Ingo Wolfgang (org), TIMM, Luciano Benetti (org), BARCELOS, Ana Paula de, entre outros. **Direitos Fundamentais: orçamento e “Reserva do possível”**. 2. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010, p. 30.

³⁹ STRECK, Lenio Luiz, *Hermenêutica e applicatio jurídica: A concreta realização normativa do direito como superação da interpretação jurídico-metafísico-objetificante*. **Ars Iudicandi**, p. 1.121.

⁴⁰ Cf. STRECK, Lenio Luiz. *Hermenêutica jurídica e(m) crise*. 8. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009, p. 321.

burguesa, cuja produção transforma o direito e justiça em manifestações estatais exclusivas”⁴¹ e a concretização do direito à saúde se torna uma manifestação exclusivamente estatal.

Diferentemente disso, todos são responsáveis pela concretização do direito à saúde, devendo, portanto, promover-se uma mudança de “paradigma” social de que somente ao Estado cabe o dever de realizá-lo, atraindo a sociedade, para si, seu papel na sua efetivação, já que “para o direito à saúde ser plenamente realizado, não basta apenas preocupação estatal, é preciso o engajamento de todos (indivíduos, famílias, organismos, empresas).”⁴²

Ao decidir, deve-se levar a sério o problema da escassez⁴³, porém, sem fazer uma análise puramente econômica dos direitos fundamentais sociais, especialmente à saúde, em uma análise meramente econômica de custo benefício, dissociada da moral, como a indicada por algumas correntes do movimento *Law and Economics*⁴⁴, mas este aspecto relevantíssimo deve ser considerado.

Quando se trata de concretização de direitos sociais com recursos escassos, o responsável pela sua realização deve fazer o ótimo e máximo com o mínimo.

3.2 MÍNIMO EXISTENCIAL

Mínimo existencial é o conjunto de garantias materiais para uma vida condigna, no sentido de uma vida saudável, que não é o mesmo para cada direito social⁴⁵.

“É preciso se garantir um patamar mínimo de vida para todos os seres humanos da sociedade brasileira, cabendo ao Estado o dever de proteger os direitos sociais, principalmente da parcela da população que não tem acesso a esses direitos.”⁴⁶

Essa garantia abrange mais do que a garantia à mera sobrevivência física, no designado mínimo de sobrevivência ou mínimo vital que se situa além do limite da pobreza absoluta, em respeito à dignidade da pessoa⁴⁷.

⁴¹ WOLKMER, Antonio Carlos. *Pluralismo Jurídico: fundamentos de uma nova cultura no direito*. 3ª ed. ver. e atualizada. São Paulo: Editora Alfa Omega, 2001, p. 96-97.

⁴² VIAL, Sandra Regina Martini. *As Dificuldades e os Avanços na Efetivação do Direito à Saúde: Um Estudo da Decisão do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul x Município de Giruá*. Boletim da Saúde, Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS, v 24, nº 02, 2010, p. 16.

⁴³ SARLET, Ingo Wolfgang e FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. *Reserva do Possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações*. SARLET, Ingo Wolfgang (org), TIMM, Luciano Benetti (org), BARCELOS, Ana Paula de, entre outros. **Direitos Fundamentais: orçamento e “Reserva do possível”**. 2. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010, p. 31.

⁴⁴ Movimento esse identificado e discutido em: ROSA, Alexandre Morais da; LINHARES, José Manuel Aroso. **Diálogos com a Law and Economics**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2009.

⁴⁵ “Por outro lado, tal constatação não afasta a circunstância de que, quando for o caso, este próprio conteúdo existencial (núcleo essencial = mínimo existencial) não é o mesmo em cada direito social (educação, moradia, assistência social), etc.” SARLET, Ingo Wolfgang e FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. *Reserva do Possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações*. SARLET, Ingo Wolfgang (org), TIMM, Luciano Benetti (org), BARCELOS, Ana Paula de, entre outros. **Direitos Fundamentais: orçamento e “Reserva do possível”**. 2. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010, p. 25.

⁴⁶ VIAL, Sandra Regina Martini. *As Dificuldades e os Avanços na Efetivação do Direito à Saúde: Um Estudo da Decisão do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul x Município de Giruá*. Boletim da Saúde, Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS, v 24, nº 02, 2010, p. 19.

⁴⁷ SARLET, Ingo Wolfgang e FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. *Reserva do Possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações*. SARLET, Ingo Wolfgang (org), TIMM, Luciano Benetti (org), BARCELOS, Ana Paula de, entre outros. **Direitos Fundamentais: orçamento e “Reserva do possível”**. 2. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

A Constituição Federal não prescreve textualmente o direito ao mínimo existencial, porém, este é decorrente da própria proteção da vida e da dignidade da pessoa humana⁴⁸.

Dignidade essa que, conforme Kant, com três características próprias da moralidade: “incondicionalidade (absoluta prioridade), superioridade absoluta (acima de qualquer preço) e incomensurabilidade (nenhum equivalente).⁴⁹”

Essa dignidade não está condicionada ou adstrita tão somente à condição de ser humano, que diferentemente de outras criaturas, é uma realidade moral⁵⁰.

A concretização dos direitos fundamentais sociais, cuja extensão depende de cada caso, despende recursos financeiros, que são escassos, cabendo sua realização nos limites da denominada “reserva do possível”.

Os direitos positivos possuem inegavelmente custo, já os direitos de defesa, somente pela via reflexa, sem muita relevância no âmbito de sua eficácia e efetivação.

Mas, em todos os casos, há algum custo ao poder público, cabendo satisfazer esse mínimo existencial a todos, porém, quando há o dever de prestação e a incapacidade financeira ou material, algum parâmetro deve ser estabelecido para a solução do caso concreto.

4. JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS - POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO DO JUDICIÁRIO PARA CONCRETIZAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS

A judicialização é um fenômeno que surge da omissão do Legislativo e do Executivo na implementação das políticas públicas de proteção dos direitos fundamentais, o que demonstra o fracasso em disciplinar/gerenciar a demanda por serviços de saúde.

No processo constituinte, “optou-se por um Estado intervencionista, visando a uma sociedade mais justa, com a erradicação da pobreza, etc., dever-se-ia superar que o Poder Executivo e o Legislativo cumprissem tais programas especificados na Constituição.”⁵¹

Esse intervencionismo se sustenta nos princípios do Estado Democrático de Direito, para concretização dos direitos fundamentais.

Porém, a realidade prática é diferente e, há pouca ou nenhuma efetividade na concretização dos direitos sociais, em países de desenvolvimento tardio, como no Brasil, porque os direitos sociais não foram fruto de conquistas democráticas, mas sim, de constituições que os instituíram e longe de serem concretizados⁵².

⁴⁸ Ibidem, p. 25.

⁴⁹ JUNGES, José Roque. **A Concepção Kantiana de Dignidade Humana**. Estudos Jurídicos, 40(2):84-87 julho-dezembro 2007, UNISINOS, p. 85.

⁵⁰ JUNGES, José Roque. **A Concepção Kantiana de Dignidade Humana**. Estudos Jurídicos, 40(2):84-87 julho-dezembro 2007, UNISINOS, p. 85.

⁵¹ Deslocamento do centro das decisões do Legislativo e Executivo para o Judiciário. STRECK, Lenio Luiz. **Hermenêutica jurídica e(m) crise**. 8. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009, pp. 52/53.

⁵² SALDANHA, Jânia Maria Lopes. **A Jurisdição partida ao meio. A (in) visível tensão entre eficiência e efetividade**. Constituição, Sistemas Sociais e Hermenêutica: Anuário n° 06 do Programa de pós-graduação em Direito da UNISINOS: mestrado e doutorado, orgs. Lenio Luiz Streck e José Luiz Bolzan de Moraes, Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2010, (pp. 75/100).

Por isso, na falta de políticas públicas cumpridas dos ditames do Estado Democrático de Direito, surge o Judiciário como instrumento para o resgate dos direitos não realizados. Por isso a inexorabilidade desse ‘sensível deslocamento’.⁵³

Atribui-se destaque especial ao fato de que “a luta não é mais pela codificação de direitos, mas sim, pela sua efetividade, por uma leitura madura que otimize os recursos orçamentários existentes, dos direitos sociais, em geral e do direito à saúde, em particular”⁵⁴.

Essa inefetividade e ausência de concretização dos direitos sociais implicam em uma forçosa demanda judicial por prestações materiais na área de saúde, pelo sistema público e, esse intervencionismo se sustenta nos princípios do Estado Democrático de Direito, para concretização dos direitos fundamentais, “na perspectiva de recolocar tudo nos trilhos”⁵⁵.

Esse quadro mantém atual o debate sobre a judicialização ou justicialização das políticas públicas e a pretensão, desenfreada⁵⁶, por critérios seguros para uma resposta judicial adequada ou correta⁵⁷.

Para tentar identificar esses parâmetros, vários doutrinadores apresentam suas propostas, como a de Alexy, na visão de Leivas⁵⁸, do modelo triádico duplo, no qual:

Para o reconhecimento de direitos definitivos, nestas circunstâncias, precisamos adotar um modelo triádico duplo. As prestações sociais exigidas muito urgentemente são qualificadas como de importância grave/grave. Os princípios colidentes, em especial a competência orçamentária do parlamento, são atingidos fortemente, mas não a ponto de provocar uma crise financeira muito grave. A intensidade da intervenção nos princípios colidentes é qualificada, então, como grave/leve ou grave/médio.

Essa é uma solução cartesiana, com atribuição subjetiva de sentido aos princípios postos em conflito, ou seja, o observador atribui a valoração que quiser a qualquer princípio que força a concluir o que deseja.

A judicialização tem seu aspecto positivo, porque promoveu grandes avanços na área de concretização dos direitos fundamentais no Brasil, com resgate das promessas da modernidade, como ensina Bolzan, já que “o acesso à saúde

⁵³ Deslocamento do centro das decisões do Legislativo e Executivo para o Judiciário. STRECK, Lenio Luiz. **Hermenêutica jurídica e(m) crise**. 8. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009, pp. 52/53.

⁵⁴ LIMBERGER, Têmis. Burocratização, políticas públicas e democracia, o caminho a ser trilhado em busca dos critérios para efetividade do direito à saúde. Constituição, Sistemas Sociais e Hermenêutica: Anuário n° 06 do Programa de pós-graduação em Direito da UNISINOS: mestrado e doutorado, orgs. Lenio Luiz Streck e José Luiz Bolzan de Moraes, Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2010, (pp. 75/100), p. 220.

⁵⁵ “Neste contexto, lateralmente, tem ganho consistência e amplitude o recurso ao Estado Jurisdicção, na perspectiva de recolocar tudo nos trilhos... – no que convencionou-se judicialização da política. Mas, o Estado Jurisdicção é tão Estado quanto o Estado Legislador ou o Estado Administrador”.

MORAIS, Jose Luis Bolzan de, **O Direito à Saúde e os “Limites” do Estado Social: Medicamentos, Políticas Públicas e Judicialização**.

⁵⁶ SARLET, Ingo Wolfgang e FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do Possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. SARLET, Ingo Wolfgang (org), TIMM, Luciano Benetti (org), BARCELOS, Ana Paula de, entre outros. **Direitos Fundamentais: orçamento e “Reserva do possível”**. 2. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010, p. 14.

⁵⁷ Alusão à STRECK, Lenio Luiz. **Hermenêutica jurídica e(m) crise**. 8. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009, p. 321.

⁵⁸ LEIVAS, Paulo Gilberto Cogo. **Teoria dos Direitos Fundamentais Sociais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2006, p. 116.

se faz, muitas vezes, por meio do acesso à Justiça⁵⁹ e a disputa pela efetivação dos direitos sociais, no ambiente jurisdicional, é assim, uma das marcas da época atual, diferente da “‘justiceirização’ do sistema de justiça⁶⁰”

Porém, esse sistema, como afirma Barroso, “começa a apresentar sintomas graves de que pode morrer da cura, vítima do excesso de ambição, da falta de critérios e de voluntarismos diversos⁶¹ e para se evitar essa falência, deve-se, ao invés de judicializar a política, retomar a discussão das políticas públicas ao espaço público da política, sob pena de enfraquecimento e fragilização da democracia e cidadania nacionais.⁶²

As políticas públicas de saúde devem seguir a diretriz de reduzir as desigualdades econômicas e sociais.

Contudo, quando o Judiciário assume o papel de protagonista na implementação dessas políticas, privilegia aqueles que possuem acesso qualificado à Justiça, seja por conhecerem seus direitos, seja por poderem arcar com os custos do processo judicial.

Porque, quando o Poder Judiciário decide em favor de um indivíduo, faz casuisticamente e de forma ineficiente, geralmente ocorrendo em detrimento da coletividade, tornando o direito à saúde um direito individual⁶³ e um obstáculo à universalização de acesso em caráter igualitário⁶⁴.

Por isso, a possibilidade de o Judiciário determinar a entrega gratuita de medicamentos mais serviria à classe média que aos pobres, o que, inclusive, aprofunda a exclusão destes pela circunstância de o Governo transferir os recursos que lhes dispensaria, em programas institucionalizados, para o cumprimento de decisões judiciais, proferidas, em sua grande maioria, em benefício da classe média.

Ademais, em um caso de fornecimento de medicamentos, o julgador pode entender que, no caso concreto, o não fornecimento possui intensidade grave/média e os princípios da reserva do parlamento em matéria orçamentária e que a separação dos Poderes do Estado⁶⁵ é absoluta e tem intensidade grave/grave e, neste caso, concedendo o medicamento.

⁵⁹ MORAIS, José Luis Bolsan de. **O Direito à Saúde: Justiciabilidade não Significa Fazer (in)Justiça com a própria “Caneta”**. Boletim da Saúde, Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS, v 24, n° 02, 2010, p. 29.

⁶⁰ Jose Luiz Bolsan de MORAIS diferencia a judicialização da justiceirização do sistema de justiça, no qual se decide conforme o senso comum, sem uma análise hermenêutica séria. V. MORAIS, José Luis Bolsan de. **O Direito à Saúde: Justiciabilidade não Significa Fazer (in)Justiça com a própria “Caneta”**. Boletim da Saúde, Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS, v 24, n° 02, 2010, p. 31.

⁶¹ BARROSO, Luis Roberto. Da Falta de Efetividade à Judicialização Excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. P. 3. Disponível em <<http://www.lrbarroso.com.br>>, acesso em 20-02-2011.

⁶² VIAL, Sandra Regina Martini. As Dificuldades e os Avanços na Efetivação do Direito à Saúde: Um Estudo da Decisão do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul x Município de Giruá. Boletim da Saúde, Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS, v 24, n° 02, 2010, p. 22.

⁶³ TIMM, Luciano Benetti em. **Direitos Fundamentais: orçamento e “Reserva do possível”**. 2. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010, p. 61.

⁶⁴ LIMA, Ricardo Seibel de Freitas em TIMM, Luciano Benetti em. **Direitos Fundamentais: orçamento e “Reserva do possível”**. 2. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010, p. 237.

⁶⁵ Utiliza-se o termo poderes, como expresso na Constituição Federal, mas no sentido de funções do Estado, conforme demonstrado por Têmis Limberger, que ensina que: “É importante salientar que a doutrina a que se convencionou a denominação ‘separação dos poderes’ não foi assim conceituada por seu autor, Montesquieu. Da leitura de sua obra, extraem-se duas idéias principais, quais sejam: a distinção tripartite das funções do Estado e a idéia de controle recíproco entre estas atividades.” LIMBERGER, Têmis. **Políticas Públicas e o direito à saúde: a busca da decisão adequada constitucionalmente**. Constituição, Sistemas Sociais e Hermenêutica: Anuário n° 06 do Programa de pós-graduação em Direito da UNISINOS: mestrado e doutorado, orgs. Lenio Luiz Streck e José Luiz Bolzan de Moraes, Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2010, (pp. 53/70), p. 58.

A resposta correta poderia ser essa, porém, o método parece ser impreciso ao depender exclusivamente do subjetivismo do julgador, em uma retomada do solipsismo judicial, veemente combatido por Streck⁶⁶.

5. A RESPOSTA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

Com recursos limitados e necessidades infinitas, os administradores públicos elaboram suas políticas públicas de assistência à saúde e, como essas conflitam com os interesses dos cidadãos, freqüentemente o Judiciário é instado a decidir esse impasse.

Como há inúmeros processos no Supremo Tribunal Federal, referentes ao direito à saúde, seu então Presidente, Gilmar Mendes, convocou audiência pública para ouvir a população e especialistas sobre a questão e, tentar identificar parâmetros para soluções para o conflito.

Um dos primeiros processos decididos pelo Supremo Tribunal Federal, após a audiência pública e, que estampa o entendimento do Supremo sobre a questão, é o agravo regimental para suspensão da liminar n. 47 de Pernambuco, sobre a obrigatoriedade de o Estado tomar providências para melhorar o atendimento de um hospital em Petrolina.

O processo continha na ementa os argumentos: direitos sociais, art. 196 da Constituição Federal, políticas públicas, judicialização do direito à saúde, parâmetros para solução judicial dos casos concretos que envolvem o direito à saúde, responsabilidade solidária dos entes da federação.

A dependência de recursos econômicos para a efetivação dos direitos sociais induz parte da doutrina a defender que as normas constitucionais que tratam do direito à saúde são programáticas e, portanto, não são auto-aplicáveis sem regulamentação específica e que a intervenção do judiciário feriria a independência das funções do Estado.

Diante da inexistência de recursos para atendimento de todas as necessidades dos cidadãos, é necessária a implementação pelo Estado de políticas alocativas, que pressupõe escolhas trágicas pautadas por critérios de “macrojustiça”.

Como a realização do direito à saúde é indispensável para o respeito à dignidade da pessoa humana, deve-se resguardar o mínimo existencial para o cidadão e, nessa esfera, atuar o Poder Judiciário.

Na decisão desse agravo regimental, o Plenário do Supremo Tribunal Federal analisou e interpretou a redação do art. 196 da Constituição Federal⁶⁷ desta forma:

Direito de todos, tanto o indivíduo quanto à coletividade.

Dever do Estado, todas as esferas federadas (União, Distrito Federal, Estados e Municípios) são solidariamente responsáveis pela realização do direito à saúde.

⁶⁶ CF. STRECK, Lenio Luiz. *O que é isto – decido conforme minha consciência?* Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

⁶⁷ **Art. 196.** A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Garantido mediante políticas sociais e econômicas, ressalva a necessidade de formulação de políticas públicas que concretizem o direito à saúde por meio de escolhas alocativas e impõe um viés programático, porque sempre haverá novas descobertas, novos tratamentos, novos prognósticos.

Que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, trata da necessária política de prevenção de doenças.

Acesso universal e igualitário, as políticas públicas de saúde devem ser estendidas a todos os cidadãos, de forma igualitária, sem privilégios.

As ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, implementação de políticas públicas para a saúde.

5.1 JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS JÁ EXISTENTES

A primeira conclusão do Supremo Tribunal Federal quanto à questão da saúde é que, na grande maioria dos casos, o Judiciário não está intervindo na Criação e Implementação de Políticas Públicas em matéria da saúde, mas sim, determinando o efetivo cumprimento das políticas já existentes e, com base nisso, construíram parâmetros para as decisões judiciais.

5.1.1 Se a prestação de saúde pleiteada não estiver entre as políticas do SUS

Omissão Legislativa

É obrigatório o registro de medicamentos na ANVISA e o Ministério da Saúde deve aprovar os procedimentos para tratamento de doenças, para atestar a efetividade científica deste ou a garantir saúde pública no caso dos medicamentos.

Logo, o registro do medicamento e a autorização do tipo de tratamento, que atestem segurança e eficácia, são condições de possibilidade de autorização da medida judicial requisitada.

Tal critério não é absoluto, porque pode a ANVISA autorizar a importação de medicamentos não registrados, mas desde que decorrentes de organismos multilaterais internacionais para uso em programas do Ministério da Saúde e não, a livre escolha do cidadão.

Decisão administrativa de não fornecê-la

Ocorre naqueles casos em que o paciente pretende que o Estado forneça tratamento que o SUS optou por não custear.

A princípio, o SUS que escolhe, com critérios científicos, com base em evidências, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, que consistem num conjunto de critérios que permitem determinar o diagnóstico de doenças e o tratamento correspondente com os medicamentos e suas respectivas doses.

Porém, pode ocorrer do SUS fornecer tratamento alternativo, mas não adequado ou não ter nenhum tratamento para a patologia.

Obrigar o SUS a fornecer todo e qualquer tratamento levaria ao comprometimento deste sistema e do atendimento de parcela da população.

Com isso, deve-se privilegiar o tratamento dado pelo SUS, se não restar comprovada a ineficácia da política adotada, quando a Administração e o Poder Judiciário poderão adotar ou determinar medidas para o paciente específico.

Diferentemente de quando **O SUS não tem nenhum tratamento para a patologia.**

Neste caso, devem-se diferenciar os tratamentos experimentais, dos ainda não testados pelo SUS.

Os experimentais, sem comprovação científica, regem-se pelas normas que regulam a pesquisa e, portanto, o Estado não deve ser obrigado a fornecer.

Se já há tratamento disponível na rede privada e o SUS ainda não o incorporou em seus protocolos, deve-se promover ampla discussão judicial para comprovação de sua eficácia, para se evitar discriminações entre tratamentos de pacientes atendidos pela rede pública ou privada.

Essa situação se mostra inviável nos pedidos cautelares, pela necessidade da ampla dilação probatória.

Com isso, devem-se analisar todos os casos concretos, para que se conforme a dimensão subjetiva (individual e coletiva) da objetiva do direito à saúde.

6. CONCLUSÃO

Diante desse quadro de desfazimento das promessas Constitucionais pelo Estado, por sua ineficiente gestão e escassez de recursos, o próprio constitucionalismo que lhe dá formação vê-se constrangido e deslegitimado, pelas disputas que se estabelecem entre a Constituição Social, que pretende a efetividade dos direitos sociais em si inscritos e a Constituição Econômica, com pautas estabelecidas pela eficácia econômica, impostas pela economia globalizada, da garantia do lucro desraigado da fraternidade global.

No caso específico da saúde, resta o desafio de compatibilizar o sistema de saúde ideal que consta em nossa Carta Constitucional, com as questões econômicas do Estado, nos limites do melhor resultado ao menor custo possível, conciliando-se as demandas individuais e coletivas por saúde.

Quanto aos medicamentos, há ainda a crítica técnica, a qual se apóia na percepção de que o Judiciário não domina o conhecimento específico necessário para instituir Políticas de saúde.

O Poder Judiciário não tem como avaliar se determinado medicamento é efetivamente necessário para se promover a saúde e a vida. Mesmo que instruído por laudos técnicos, seu ponto de vista nunca seria capaz de rivalizar com o da Administração Pública e seus órgãos técnicos de assessoramento.

O juiz é um ator social que observa apenas os casos concretos, a micro-justiça, cabendo o gerenciamento da macro-justiça, em regra, à Administração Pública.

Contudo, em certos casos de omissão dos demais Poderes, o Judiciário tem a obrigação de agir, sem que isso implique em realização de políticas públicas de saúde, mas assegurando o cumprimento das já existentes, resgatando as promessas constitucionais da atualidade.

Assim, é possível compendiar nas proposições seguintes idéias objetivas no que diz respeito ao dever estatal de fornecer medicamentos à população, para que não ocorram “decisões extravagantes” e o ativismo judicial fique entre os limites da razoabilidade, no qual as pessoas necessitadas possam postular judicialmente, em ações individuais, os medicamentos constantes das listas elaboradas pelo Poder Público.

No âmbito de ações coletivas e/ou de ações abstratas de controle de constitucionalidade, é possível discutir a inclusão de novos medicamentos nas listas referidas.

Tal inclusão, contudo, deve ser excepcional, uma vez que as complexas avaliações técnicas, de ordem médica, administrativa e orçamentária, competem primariamente aos Poderes Legislativo e Executivo.

Quanto às discussões, em ações coletivas ou abstratas, para modificação das listas de medicamentos fornecidos, o Poder Judiciário só deve determinar que a Administração forneça medicamentos de eficácia comprovada, excluindo-se os experimentais ou alternativos e, optando por substâncias disponíveis no Brasil e por fornecedores situados no território nacional.

E, dentre os medicamentos de eficácia comprovada, deve-se privilegiar aqueles de menor custo, como os genéricos.⁶⁸

O assunto é delicado e merece atenção da sociedade, por implicar nas denominadas escolhas trágicas pelo Governo, em todas as suas esferas de poder, vez que, implicam em alocações conscientes de recursos, sempre em detrimento de alguma outra necessidade, de forma ponderada, confrontando-se o constitucional direito à vida com os demais previstos na Constituição Federal, como o da própria sobrevivência do Estado e o interesse da coletividade.

Não há solução juridicamente fácil nem moralmente simples para a judicialização da medicina, porém, *“não há dúvida. Existe a necessidade de se estender um prato de saúde a todos. E aqui o problema não é relacionado à velocidade com que se lançará o destinatário sobre essa “comida”. O problema é qual e o quanto de comida há de ser-lhe ofertado.”*⁶⁹

BIBLIOGRAFIA

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito à saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2007.

⁶⁸ Conforme Luís Roberto Barroso, in Da Falta de Efetividade à Judicialização Excessiva: Direito à Saúde, Fornecimento Gratuito de Medicamentos e Parâmetros para a Atuação Judicial.

⁶⁹ MORAIS, Jose Luis Bolzan de, **O Direito à Saúde e os “Limites” do Estado Social: Medicamentos, Políticas Públicas e Judicialização**.

FREITAS, Juarez. **O Controle dos Atos Administrativos e os Princípios Fundamentais**. São Paulo: Malheiros Editores, 4ª ed. refundida e ampliada, 2009.

JUNGES, José Roque. **A concepção kantiana de dignidade humana**. Estudos Jurídicos, 40(2):84-87 julho-dezembro 2007, UNISINOS.

LEIVAS, Paulo Gilberto Cogo. **Teoria dos Direitos Fundamentais Sociais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2006.

LIMBERGER, Têmis. **Burocratização, políticas públicas e democracia, o caminho a ser trilhado em busca dos critérios para efetividade do direito à saúde**. Constituição, Sistemas Sociais e Hermenêutica: Anuário n° 06 do Programa de pós-graduação em Direito da UNISINOS: mestrado e doutorado, orgs. Lenio Luiz Streck e José Luiz Bolzan de Moraes, Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2010, (pp. 75/100).

MORAIS, José Luis Bolsan de. **O Direito à Saúde: Justiciabilidade não Significa Fazer (in)Justiça com a própria "Caneta"**. Boletim da Saúde, Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS, v 24, n° 02, 2010.

MORAIS, Jose Luis Bolzan de, **O Direito à Saúde e os "Limites" do Estado Social: Medicamentos, Políticas Públicas e Judicialização**. Texto baseado na conferência inaugural no Seminário "Medicamentos, Políticas Públicas e Judicialização" - proferida por Jose Luis Bolzan de Moraes, organizado, entre outras, pela Escola de Saúde Pública do RS, AJURIS, ESMP, APERGS-Escola, realizado em maio de 2007 no Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. Também, faz parte do projeto de pesquisa A Jurisprudencialização da Constituição. O papel do político, patrocinada pelo CNPq e desenvolvido no âmbito do Grupo de Pesquisa Estado e constituição do PPGD/UNISINOS.

ROMANI, Humberto Menon, **Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde**, Revista Bioética 2009, 17 (1): 41 – 53, Revista do Conselho Federal de Medicina.

ROSA, Alexandre Moraes da; LINHARES, José Manuel Aroso. **Diálogos com a Law and Economics**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2009.

SARLET, Ingo Wolfgang (org), TIMM, Luciano Benetti (org), BARCELOS, Ana Paula de, entre outros. **Direitos Fundamentais: orçamento e "Reserva do possível"**. 2. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 6ª ed., Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

STRECK, Lenio Luiz (org.) e MORAIS, Jose Luis Bolzan de. **Constituição, Sistemas Sociais e Hermenêutica**: Anuário n° 05 do Programa de pós-graduação em Direito da UNISINOS: mestrado e doutorado, Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2009.

STRECK, Lenio Luiz, **Hermenêutica e applicatio jurídica: A concreta realização normativa do direito como superação da interpretação jurídico-metafísico-objetificante. Ars Iudicandi**, pp. 1.103-1.155.

STRECK, Lenio Luiz. **O que é isto – decido conforme minha consciência?** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

STRECK, Lenio Luiz. **Hermenêutica jurídica e(m) crise.** 8. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

STRECK, Luiz Lenio e outros. **Constituição, Sistemas Sociais e Hermenêutica:** Anuário nº 06 do Programa de pós-graduação em Direito da UNISINOS: mestrado e doutorado Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2010.

VIAL, Sandra Regina Martini. **As Dificuldades e os Avanços na Efetivação do Direito à Saúde: Um Estudo da Decisão do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul x Município de Giruá.** Boletim da Saúde, Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS, v 24, nº 02, 2010.

WOLKMER, Antonio Carlos. **Pluralismo Jurídico: fundamentos de uma nova cultura no direito.** 3ª ed. ver. e atualizada. São Paulo: Editora Alfa Omega, 2001.

**Depois não diga que não sabia.
Leia as publicações
do CRMPR.**

DEFINIÇÃO DE CONSULTA MÉDICA

CFM*

Palavras-chave - consulta, definição, honorário médico, reconsulta, nova consulta, conceito, plano de saúde, internação, consultório, diretor técnico, responsabilidade

DEFINITION OF MEDICAL APPOINTMENT

Key-words - appointment , definition, medical fees, return visit to the doctor, new appointment, concept, health plan, hospitalization, surgery, technical director, responsibility

Define e regulamenta o ato da consulta médica, a possibilidade de sua complementação e reconhece que deve ser do médico assistente a identificação das hipóteses tipificadas nesta resolução.

○ **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que a medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza;

CONSIDERANDO que para exercer a medicina com honra e dignidade o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa;

CONSIDERANDO interpretações conflitantes quanto à remuneração de consultas médicas e casos de retorno dentro do mesmo ato;

CONSIDERANDO que a complexidade das reações orgânicas frente aos agravos à saúde necessita do conhecimento específico da medicina e que só o médico é capaz de identificar modificações do quadro ou nova doença instalada;

CONSIDERANDO o inciso XVI dos Princípios Fundamentais dispostos no Código de Ética Médica, no qual se lê que “nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente”;

* Conselho Federal de Medicina.

CONSIDERANDO a necessidade de disciplinar essa importante e básica atividade médica;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 15 de dezembro de 2010,

RESOLVE

Art. 1º Definir que a consulta médica compreende a anamnese, o exame físico e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessários, e prescrição terapêutica como ato médico completo e que pode ser concluído ou não em um único momento.

§ 1º Quando houver necessidade de exames complementares que não possam ser apreciados nesta mesma consulta, o ato terá continuidade para sua finalização, com tempo determinado a critério do médico, não gerando cobrança de honorário.

§ 2º Mesmo dentro da hipótese prevista no parágrafo 1º, existe a possibilidade do atendimento de distinta doença no mesmo paciente, o que caracteriza novo ato profissional passível de cobrança de novos honorários médicos.

Art. 2º No caso de alterações de sinais e/ou sintomas que venham a requerer nova anamnese, exame físico, hipóteses ou conclusão diagnóstica e prescrição terapêutica o procedimento deverá ser considerado como nova consulta e dessa forma ser remunerado.

Art. 3º Nas doenças que requeiram tratamentos prolongados com reavaliações e até modificações terapêuticas, as respectivas consultas poderão, a critério do médico assistente, ser cobradas.

Art. 4º A identificação das hipóteses tipificadas nesta resolução cabe somente ao médico assistente, quando do atendimento.

Art. 5º Instituições de assistência hospitalar ou ambulatorial, empresas que atuam na saúde suplementar e operadoras de planos de saúde não podem estabelecer prazos específicos que interfiram na autonomia do médico e na relação médico-paciente, nem estabelecer prazo de intervalo entre consultas.

Parágrafo único. Os diretores técnicos das entidades referidas no caput deste artigo serão eticamente responsabilizados pela desobediência a esta resolução.

Art. 6º Revogam-se todas as disposições em contrário.

Art. 7º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 15 de dezembro de 2010

Roberto Luiz D´Ávila
Presidente

Henrique Batista e Silva
Secretário-geral

Resolução CFM Nº. 1958/2010

Resolução Aprovada

Publicado em D.O.U. de 10/01/2011 pag 92.

CONVÊNIO CRMPR/CRMSC REGIONAIS RIO NEGRO E PORTO UNIÃO

RESOLUÇÃO CRM-PR Nº 184/2011/ CRMSC Nº 145/2011*

Palavras-chave - delegacias, divisa, Paraná-Santa Catarina, Resolução CRMPR nº 184/2011, municípios da Delegacia de Rio Negro, Delegacia de Porto União, municípios interligados

CRMPR/CRMSC OF RIO NEGRO AND PORTO UNIÃO

Key-words - police district, border, Paraná, Santa Catarina, CRMPR resolution nr 184/2011, cities under the jurisdiction of Rio Negro and Porto União, interconnected cities

Dispõe sobre a criação das Delegacias de Divisa, em convênio com o Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina e revoga a Resolução do CRM-PR n.º 130/2004. Delegacia de Rio Negro (Campo do Tenente, Itaiópolis, Papanduva, Santa Terezinha, Rio Negrinho) e Regional de Vitória (Porto União, Antonio Olinto, Bituruna, Cruz Machado, General Carneiro, Paula Fietas, Paulo Frontim e São Mateus do Sul).

O Conselho Regional de Medicina do Paraná no uso de suas atribuições, que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo decreto 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO o convênio firmado entre este Conselho Regional de Medicina do Paraná e o Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina, para instalação de Delegacia conjunta nas cidades fronteiriças entre os dois Estados, ou seja, em Porto União, abrangendo União da Vitória e em Rio Negro abrangendo Mafra;

CONSIDERANDO a Resolução do CREMESC nº 145/2011, resolve:

Art. 1º - Aprovar o Convênio firmado entre o CRM-PR e CREMESC, visando a composição de uma parceria para integrar ações relacionadas com a fiscalização, operacionalização e descentralização das competências estatuídas na Lei 3.268/57, além de propiciar a efetividade das atribuições reais dos Conselhos, nas áreas territoriais representadas pelas regiões que se limitam entre Rio Negro e Mafra, Porto União e União da Vitória.

* Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Art. 2º- A Delegacia Regional de Rio Negro, sob responsabilidade do CRM-PR, abrange os municípios de Rio Negro e Campo do Tenente no Paraná.

Parágrafo único - A Delegacia, além de atender os municípios citados, também prestará serviços administrativos aos municípios de Itaiópolis, Papanduva, Santa Terezinha, Rio Negrinho e Mafra, todos pertencentes a jurisdição do CREMESC.

Art. 3º- A região de União da Vitória, abrangendo os municípios de Antônio Olinto, Bituruna, Cruz Machado, General Carneiro, Paula Freitas, Paulo Frontin, Porto Vitória, São Mateus do Sul e União da Vitória, todos pertencentes a jurisdição do CRM-PR, terão os serviços administrativos atendidos pela Delegacia Regional de Porto União, sob responsabilidade do CREMESC.

Art. 4º- Cada Conselho arcará com todos os custos financeiros necessários para desenvolver as atividades administrativas da Delegacia Regional sob sua responsabilidade.

Art. 5º- Os documentos protocolados nas Delegacias de Divisa serão remetidos para as Sedes Centrais dos Conselhos a que se referem, para que possam tramitar pelas vias administrativas específicas.

Art. 6º- Os atos pertinentes a instrução de Sindicâncias e Processos Ético Profissionais das partes e testemunhas que se encontram fora da jurisdição do Conselho responsável pela Delegacia Regional, seguirão o disposto no Código de Processo Ético Profissional.

Art. 7º- As Delegacias Regionais de Divisa seguirão as regulamentações e competências que regem as Delegacias de cada Conselho sob sua responsabilidade.

Art. 8º- Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas todas as demais disposições em contrário.

Curitiba, 08 de agosto de 2011.

Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Presidente

Hélcio Bertolozzi Soares
1º Secretário

Resolução CRMPR Nº. 184/2010
Resolução Aprovada
Sessão Plenária nº 2800, do dia 08/08/2011

AS EMPRESAS DE PRESTAÇÃO DIRETA OU QUE INTERMEDIAM SERVIÇOS MÉDICOS OU HOSPITALARES DEVEM SEGUIR PRINCÍPIOS?

CFM*

Palavras-chave - empresa, serviço médico, ambulatorial, hospitalar, princípios

SHOULD THE COMPANIES THAT PROVIDE DIRECTLY AND THE ONES THAT INTERMEDIATE MEDICAL OR HOSPITAL CARE FOLLOW PRINCIPLES?

Key-words - company, medical care, ambulatory and hospital care, principles

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

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 o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho técnico e ético da Medicina;

CONSIDERANDO que o trabalho médico deve beneficiar exclusivamente a quem o recebe e àquele que o presta, não devendo ser explorado por terceiros, seja em sentido comercial ou político;

* Conselho Federal de Medicina.

CONSIDERANDO que o Código de Ética Médica estabelece princípios norteadores da boa prática médica, relativos às condições de trabalho e de atendimento, à autonomia profissional, à liberdade de escolha do médico pelo paciente, à irrestrita disponibilidade dos meios de diagnóstico e tratamento e à dignidade da remuneração profissional;

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

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

CONSIDERANDO que o entendimento de livre escolha é o direito do paciente escolher o médico de sua confiança ou o sistema de assistência médica de sua preferência, que funcione dentro dos princípios éticos e preceitos técnico-científicos;

CONSIDERANDO que as infrações apuradas nos estabelecimentos hospitalares ou em empresas de assistência médica são de responsabilidade direta do diretor técnico ou de seu substituto eventual;

CONSIDERANDO os termos da Resolução CFM nº 1.627/2001, que conceitua e regulamenta o Ato Médico, e da Resolução CFM nº 1.616/2001, que regulamenta o descredenciamento por empresas operadoras de planos de saúde, bem como as resoluções dos Conselhos de Medicina dos estados de Alagoas, Amazonas, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal;

CONSIDERANDO, enfim, o decidido na sessão plenária realizada em 7 de agosto de 2002,

RESOLVE:

Art. 1º – As empresas de seguro-saúde, de medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico, empresas de autogestão ou outras que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares devem seguir os seguintes princípios em seu relacionamento com os médicos e usuários:

- a. respeitar a autonomia do médico e do paciente em relação à escolha de métodos diagnósticos e terapêuticos;
- b. admitir a adoção de diretrizes ou protocolos médicos somente quando estes forem elaborados pelas sociedades brasileiras de especialidades, em conjunto com a Associação Médica Brasileira;

- c. praticar a justa e digna remuneração profissional pelo trabalho médico, submetendo a tabela de honorários à aprovação do CRM de sua jurisdição;
- d. efetuar o pagamento de honorários diretamente ao médico, sem retenção de nenhuma espécie;
- e. negociar com entidades representativas dos médicos o reajuste anual da remuneração até o mês de maio, impedindo que o honorário profissional sofra processo de redução ou depreciação;
- f. vedar a vinculação dos honorários médicos a quaisquer parâmetros de restrição de solicitação de exames complementares;
- g. respeitar o sigilo profissional, sendo vedado a essas empresas estabelecerem qualquer exigência que implique na revelação de diagnósticos e fatos de que o médico tenha conhecimento devido ao exercício profissional.

Art. 2º - Nos contratos de credenciamento ou similares de médicos para prestação de serviço às empresas citadas no art. 1º, deverá ser expressamente estabelecida a forma de reajuste dos honorários médicos.

Art. 3º - É vedada a participação de médicos ou empresas prestadoras de assistência médica nas modalidades de licitação de tipo menor preço, quando este contrariar a prática local, nos termos dos artigos 3º e 86 do Código de Ética Médica.

Art. 4º - As empresas que descumprirem a presente resolução poderão ter seus registros cancelados no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição e o fato comunicado ao Serviço de Vigilância Sanitária e à Agência Nacional de Saúde Suplementar, para as providências cabíveis.

Art. 5º - O descumprimento desta resolução também importará em procedimento ético-profissional contra o diretor técnico da empresa.

Art. 6º - Proibir, aos médicos, a prestação de serviços para instituições que descumprem o estipulado nesta resolução.

Art. 7º - Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação, ficando revogadas as Resoluções CFM nºs. 264/65, 310/67, 808/77, 872/78, 1.084/82 e 1.340/90 e todas as disposições em contrário.

Brasília-DF, 7 de agosto de 2002.

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

Resolução CFM Nº. 1642/2002
Resolução Aprovada
Publicado em D.O.U.

A INSCRIÇÃO OBRIGATÓRIA NOS CONSELHOS DE MEDICINA É MEDIANTE CADASTRO OU REGISTRO

CFM*

Palavras-chave - inscrição, cadastro, registro, obrigatória, Resolução CFM nº 1980/2011

REQUIRED REGISTRATION IN MEDICAL BOARDS IS DONE BY FORMAL REGISTRATION OR RECORD

Key-words - registration, record, register, required, CFM resolution nr 1980/2011

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

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

CONSIDERANDO as disposições contidas na Lei nº 12.514, de 28 de outubro de 2011;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 997, de 23 de maio de 1980, que criou nos conselhos regionais de medicina os cadastros regionais e o Cadastro Central dos Estabelecimentos de Saúde de Direção Médica, respectivamente;

CONSIDERANDO a Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980, que instituiu a obrigatoriedade do registro das empresas de prestação de serviços médico-hospitalares nos conselhos regionais de medicina e a anotação dos profissionais legalmente habilitados;

CONSIDERANDO ser atribuição do Conselho Federal de Medicina e dos conselhos regionais de medicina supervisionarem a ética profissional em toda a

* Conselho Federal de Medicina.

República, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente, conforme determina o art. 2º da Lei nº 3.268/57, e considerando que a prestação de serviços médicos, ainda que em ambulatórios e por empresa cujo objetivo social não seja a prestação de assistência médica, caracteriza atividade médica passível de fiscalização;

CONSIDERANDO a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que determinou que para a obtenção da autorização de funcionamento expedida pelo órgão responsável as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem, entre outros requisitos, comprovar o registro nos conselhos regionais de medicina;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.240, de 12 de junho de 1987, que reconhece o caráter tributário das anuidades;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária realizada no dia 7 de dezembro de 2011,

RESOLVE:

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

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

Brasília-DF, 7 de dezembro de 2011.

Roberto Luiz D´Avila
Presidente

José Hiran da Silva Gallo
Tesoureiro

ANEXO À RESOLUÇÃO CFM Nº 1.980/2011

CAPÍTULO I

CADASTRO E REGISTRO

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

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

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

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

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

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

Art. 4º A obrigatoriedade de cadastro ou registro abrange, ainda, a filial, a sucursal, a subsidiária e todas as unidades das empresas, instituições, entidades ou estabelecimentos prestadores e/ou intermediadores de assistência à saúde citadas nos artigos 2º e 3º deste anexo.

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

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

a) Relação de médicos componentes do corpo clínico, indicando a natureza do vínculo com a empresa, se associado ou quotista, se contratado sob a forma da legislação trabalhista ou sem vínculo;

a) Número de leitos;

b) Nome fantasia, caso haja;

c) Nome e/ou razão social;

d) Endereço completo;

e) Natureza jurídica;

f) Tipo de estabelecimento (hospital, clínica, laboratório, dentre outros);

g) Capital social;

h) Especialidades desenvolvidas;

i) Nome e número de CRM do médico responsável técnico;

j) Nome e número de CRM do médico diretor clínico eleito, caso haja;

k) Qualificação do corpo societário;

l) Qualificação do responsável pela escrita fiscal;

m) Número de inscrição no CNPJ do Ministério da Fazenda;

n) Licença de funcionamento da prefeitura municipal, de acordo com a legislação local;

o) Alvará da vigilância sanitária.

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO II

RESPONSABILIDADE TÉCNICA

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

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

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

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

CAPÍTULO III

CANCELAMENTO

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

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

a) Requerimento, assinado pelo responsável técnico, proprietário ou representante legal, solicitando o cancelamento do registro;

b) Pagamento da taxa de cancelamento, em caso de registro;

c) Distrato social ou documento semelhante (baixas no CNPJ do Ministério da Fazenda ou no cadastro da prefeitura municipal);

d) Caso os itens acima estejam corretos, o cancelamento será efetuado no âmbito do conselho regional de medicina, após homologação da plenária;

e) Em casos especiais, desde que a fundamentação seja homologada pelo plenário do conselho regional de medicina, a baixa poderá ser sumariamente efetivada ou concedida com a supressão da letra "c" deste inciso.

II - Como penalidade, após decisão definitiva.

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

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

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

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

CAPÍTULO IV

DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

Roberto Luiz D'Ávila
Presidente

José Hiran da Silva Gallo
Tesoureiro

Resolução CFM Nº. 1980/2011
Resolução Aprovada
Publicado em D.O.U. de 13/11/2011

POLITICA NACIONAL DE SAÚDE PARA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA

PORTARIA Nº 2672, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011

Institui o Comitê Nacional de Assessoramento e Apoio às Ações de Saúde do Plano Nacional para Pessoas com Deficiência

Palavras-chave - pessoa deficiente, Comitê Nacional, assessoramento, apoio, ações, plano nacional, característica

NATIONAL HEALTH POLICY FOR DISABLED PEOPLE

Key-words - disabled person, National Committee, advice, support, actions, national plan, characteristics

O Ministro de Estado da Saúde, no uso da atribuição que lhe confere o inciso I do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando as Ações de Saúde no Plano Nacional para Pessoas com Deficiência, que amplia o acesso e qualifica o atendimento às pessoas com deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na organização de uma Rede Assistencial e na atenção integral à saúde;

Considerando a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, instituída pela **Portaria GM/MS 1060**, de 05 de junho de 2002;

Considerando, a excelência dos serviços prestados por instituições de referência ligadas ao SUS, bem como o apoio técnico que por elas prestado ao Ministério da Saúde na área de atenção a pessoas com deficiência; e

Considerando a necessidade de subsídios para a implementação de um processo de qualificação e certificação dos serviços de reabilitação para pessoas com deficiência, resolve:

Art. 1º Fica instituído o Comitê Nacional de Assessoramento e Apoio às Ações de Saúde do Plano Nacional para Pessoas com Deficiência, de caráter

técnico-consultivo, com a finalidade de subsidiar o Ministério da Saúde na implementação do Plano Nacional para Pessoas com Deficiência.

Art. 2º Compete ao Comitê Nacional de Assessoramento e Apoio às Ações de Saúde do Plano Nacional para Pessoas com Deficiência:

I – estabelecer os padrões de qualidade dos serviços de reabilitação;

II – definir os critérios de organização e de funcionamento dos serviços da rede de reabilitação, de modelo de cuidado e de gestão, por meio de transferência de tecnologia;

III – propor e apoiar tecnicamente o Processo de Qualificação dos serviços de reabilitação;

IV – estabelecer parâmetros para a Certificação de Qualidade dos novos serviços de reabilitação visual, auditiva, física e intelectual, bem como aos serviços já existentes, que aderirem ao Processo de Qualificação; e

V – propor e apoiar processos de formação e qualificação dos profissionais da rede de reabilitação, em parceria com serviços de referência definidos por critérios técnicos.

Art. 3º Comitê Nacional de Assessoramento e Apoio às Ações de Saúde do Plano Nacional para Pessoas com Deficiência será composto por membros, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos e entidades:

I – Gabinete do Ministério da Saúde (GM/MS);

II – Secretaria Executiva (SE/MS);

III – Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS):

a) Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, (DAPES/SAS/MS);

b) Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS);

c) Departamento de Atenção Especializada (DAE/SAS/MS);

IV – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

V – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);

VI – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS);

VII – Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH-PR), por meio da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência;

VIII – entidades prestadoras de serviços de reabilitação auditiva:

- a) Fundação de São Paulo/Centro Auditivo da Criança (DERDIC/PUC/SP);
- b) Hospital de Reabilitação de Anomalias Crânio-faciais/Centro de Pesquisas Audiológicas (Centrinho de Bauru/SP);
- c) Fundação Faculdade de Medicina (MEC/MPAS/HC);
- d) Hospital de Clínicas da Universidade de Campinas (CEPRE/Unicamp de Campinas);
- e) Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HC/RS);

IX – Entidades prestadoras de serviços de reabilitação física:

- a) Associação das Pioneiras Sociais (SARAH/DF);
- b) Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO/MS/RJ);
- c) Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD);
- d) Associação Pestalozzi de Niterói/RJ;
- e) Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IOT/HC/FM/USP);

X – Entidades prestadoras de serviços de reabilitação visual:

- a) Serviço de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP);
- b) Fundação Catarinense de Educação Especial/SC;
- c) Fundação Dorina Nowill para Cegos/SP;
- d) Associação Brasileira de Assistência ao Deficiente Visual (LARAMARA/SP);

XI – Entidades prestadoras de serviços de reabilitação intelectual:

- a) Fundação Síndrome de Down de Campinas/SP;
- b) Núcleo de Neurodesenvolvimento Professor Mário Coutinho, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel/RS).

§ 1º - Comitê Nacional de Assessoramento e Apoio às Ações de Saúde do Plano Nacional para Pessoas com Deficiência será coordenado pelo DAPES/SAS/MS.

§ 2º - A adesão dos órgãos e entidades ao Comitê Nacional de Assessoramento e Apoio às Ações de Saúde do Plano Nacional para Pessoas com Deficiência será realizada mediante a celebração de termo de compromisso específico.

§ 3º - Desde que haja consenso entre os membros, o Comitê poderá convidar servidores de outros órgãos e entidades públicas, de entidades não-governamentais, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 4º - Ao DAPES/SAS/MS, na qualidade de coordenador do Comitê de que trata esta Portaria, compete:

I – convocar e coordenar as reuniões e organizar suas pautas;

II – disponibilizar os recursos necessários para a viabilização dos trabalhos do Comitê e seus Grupos de Trabalho;

III – dar conhecimento à população, por meio de pronunciamentos e/ou documentos oficiais, das decisões e ações do Comitê; e

IV – indicar e realizar as formulações técnicas do Comitê para as subseqüentes deliberações junto às instâncias internas e Comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 5º - O Comitê se reunirá ordinariamente duas vezes ao ano e extraordinariamente por convocação da Coordenação.

Art. 6º - O Comitê será constituído por 4 (quatro) Grupos de Trabalho (GTs).

Parágrafo único. Os GTs terão o objetivo de aprofundar as discussões sobre temas específicos e apresentar proposições atinentes a cada uma das áreas de reabilitação – visual, auditiva, física e intelectual -, incluindo as deficiências múltiplas, que serão consideradas em cada um dos GTs específicos.

Art. 7º - Os GTs serão denominados da seguinte forma:

I – Grupo de Trabalho da Deficiência Física;

II – Grupo de Trabalho da Deficiência Auditiva;

III – Grupo de Trabalho da Deficiência Visual; e

IV – Grupo de Trabalho da Deficiência Intelectual.

Art. 8º - Compete aos GTs:

I – realizar estudos e elaborar documentos técnicos para subsidiar os trabalhos da Comissão;

II – desenvolver as ações deliberadas pelo Comitê concernentes à área específica de sua atuação; e

III – contribuir com o processo de apoio in loco aos serviços da rede de reabilitação para a observância dos critérios e parâmetros de qualidade, de

organização e de funcionamento dos serviços, atuando ativamente nos processos da Qualificação e de Certificação.

Parágrafo único. A participação dos GTs nos processos da Qualificação e de Certificação dos serviços poderá contar com a contribuição de instituições e centros de excelência escolhidos por critérios técnicos e observará a estratégia de apoio desenvolvida pelo Ministério da Saúde.

Art. 9º - Cada GT será composto por:

I – representantes das respectivas entidades de reabilitação que compõem o Comitê;

II – 1 (um) integrante designado entre os membros do Comitê; e

III – 2 (dois) representantes do DAPES/SAS/MS.

Parágrafo único. A participação de outros especialistas e/ou profissionais de referência para subsidiar as discussões e produção técnica do GT poderá ocorrer tanto na forma presencial, em reuniões, como por meio de consultoria à distância.

Art. 10 – Os GTs serão coordenados pelo DAPES/SAS/MS, que indicará entre seus membros um especialista para cada GT.

Art. 11 – Os GTs se reunirão trimestralmente ou em caráter extraordinário sempre que a Coordenação entender necessário.

Art. 12 – Poderão ser instituídos, em caráter transitório, outras GTs para a discussão de temas específicos, de acordo com as demandas e mediante indicação do Comitê Nacional de Assessoramento e Apoio às Ações de Saúde do Plano Nacional para Pessoas com Deficiência, a fim de se alcançar a execução plena das atribuições do Comitê.

Art. 13 – As funções exercidas pelos membros e convidados no âmbito do Comitê Nacional de Assessoramento e Apoio às Ações de Saúde do Plano Nacional para Pessoas com Deficiência e seus respectivos GTs não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante.

Art. 14 – O Comitê definirá, em sua primeira reunião, o cronograma de trabalho e sua agenda de atividades.

Art. 15 – Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Alexandre Rocha Santos Padilha

A DIGNIDADE NOS HONORÁRIOS MÉDICOS

Clovis Marcelo Corso*

Palavras-chave - honorário, dignidade, restrição, pagamento, anestesista, hospital, reembolso

THE DIGNITY IN THE MEDICAL FEES

Key-words - medical fees, dignity, restraint, payment, anesthesiologist, hospital, reimbursement

CONSULTA

Em e-mail encaminhado a este Conselho Regional de Medicina, o Dr. XXX faz consulta com o seguinte teor:

“Caros colegas. Meu nome XXX, sou Cirurgião Geral, CRM XXXX, resido em X e encontro-me em situação crítica e constrangedora. A minha mãe encontra-se hospitalizada desde o dia 05/12/2009 na UTI do hospital XX em XX-RJ, onde foi submetida à tratamento cirúrgico devido a um hematoma subdural em consequência de um trauma craniano (queda). Seu plano de saúde (XX) dá cobertura à todos os procedimentos realizados, porém, o anestesista, que não é cooperado da X insiste em cobrar de mim seus honorários (R\$ 1.900,00). Informei-o que seus honorários deveriam ser pagos pelo hospital que o contratou e ele alega que eu devo pagar e posteriormente ser reembolsado pelo convênio. Gostaria que vocês pudessem me esclarecer, juridicamente, quem está com a razão e como devo proceder. Sem mais para momento, agradeço-lhes a atenção. (celular: XX-XXXX).”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Na Resolução n.º 1.401 do Conselho Federal de Medicina publicada em 1993, fica estabelecido que *“as empresas de Seguro-Saúde, empresas de Medicina de Grupo, Cooperativas de Trabalho Médico ou outras que atuem sob forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares, estão obrigadas a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas*

* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, não podendo impor restrições quantitativas ou de qualquer natureza". No que diz respeito ao pagamento de honorários, a Resolução número 1.642 do Conselho Federal de Medicina publicada em 2002, estabelece que o contrato entre as partes envolvidas no atendimento médico disponibilizado por operadoras de planos de saúde deve propiciar "*justa e digna remuneração profissional pelo trabalho médico*". Em face do exposto, fica subentendido que o plano ou seguro de saúde mantém relação não só com a entidade hospitalar contratada, mas também com os profissionais que prestam atendimento médico em sua estrutura, e portanto, são responsáveis por garantir as despesas relacionadas aos honorários médicos. Esta relação (operadora de saúde e médicos) tende a tornar-se cada vez mais complexa, em virtude do crescente e generalizado descontentamento da classe médica frente ao valor pago pelos procedimentos executados, fato que tem acarretado em uma desvinculação gradativa dos médicos dos planos de saúde.

O Código de Ética Médica estabelece princípios norteadores da boa prática médica, relativos às condições de trabalho e de atendimento, à autonomia profissional, à liberdade de escolha do médico pelo paciente, à irrestrita disponibilidade dos meios de diagnóstico e tratamento e à **dignidade da remuneração profissional**. Especificamente relacionado com a situação que dá origem a esta consulta, o Parecer de número 1.851 elaborado pela Conselheira Roseni Teresinha Florêncio e publicado em 2007 pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná estabelece que "*o anestesista tem o direito de combinar com o paciente sobre os seus honorários médicos, independente dos outros profissionais médicos, que compõe a equipe cirúrgica*".

Para garantir uma relação de confiança entre as partes e que assegure direitos e deveres que devem fazer parte do acordo financeiro que também deve estar contemplado, mister se faz, sempre que possível, a confecção um documento jurídico na forma de contrato que seja útil para balizar os detalhes desta relação, e que minimize as demandas que possam se originar quando as tratativas são meramente verbais. A exceção reside nos casos de urgência e emergência, quando esta contratualização não tem tempo hábil para ser estabelecida.

CONCLUSÃO

Havendo ou não contrato firmado, é de se prever que a instituição hospitalar em questão conhece a forma de relacionamento entre o anesthesiologista e o plano de saúde e certamente o aprova, visto que pouco provavelmente o hospital ofereceria seu aceite para tanto caso desconhecesse ou não concordasse com o modo de cobrança dos honorários do médico anesthesiologista, em que pese o contrato que deve ter sido firmado entre o tomador de serviços e o hospital.

De todo o exposto, e com o intuito de orientar a solução à luz das normativas dos Conselhos Federal e Regional de Medicina, cumpre-nos concluir que:

1) O anestesiológico está amparado no direito irrefutável de receber os honorários pelos serviços prestados;

2) Falta documentação que possa elucidar os acordos estabelecidos entre as partes envolvidas, a saber: plano de saúde, hospital e anestesiológico;

3) Se não houver alguma forma de contrato entre o anestesiológico e a operadora de saúde, o profissional não fica sujeito a nenhuma forma de normativa estabelecida pela empresa, nem no que diz respeito à cobrança de honorários diretamente do seu usuário;

4) Não existe lei em território nacional que obrigue o médico a credenciar-se junto a um ou mais de um plano de saúde, especialmente numa cooperativa, visto que a lei que rege este tipo de sociedade determina que a adesão do cooperado é sempre voluntária;

5) A grande maioria dos contratos estabelecidos entre operadora de saúde e usuário prevê a responsabilidade da primeira sobre os custos de todo o tratamento médico, incluindo a anestesia;

6) Há que se respeitar a forma de relação entre hospital e anestesiológico, especificamente no que diz respeito à remuneração do profissional, com base no contrato que deveria reger esta relação (se é que este documento existe);

7) Não há indício de infração ética por parte do anestesiológico enquanto o mesmo tenta garantir a remuneração por seu trabalho;

8) Em nosso entendimento, o assunto em questão é exclusivamente administrativo, seara na qual o CRM-Pr não tem qualquer forma de ingerência, e como tal deverá ser resolvido entre as partes envolvidas.

Como consideração final, julgo importante informar que já há muitos anos os anestesiológicos do estado do Rio de Janeiro não estão vinculados aos planos de saúde, e que a prática vigente no referido estado é exatamente como ocorreu neste caso, ou seja, o anestesiológico faz a cobrança dos seus honorários junto ao paciente e/ou familiares, e os mesmos buscam o justo reembolso na sua operadora ou seguradora de saúde.

É o parecer.

Curitiba, 10 de agosto de 2011.

Clovis Marcelo Corso
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRM-Pr N.º 2344/2011

Parecer CRM-Pr N.º 04/2010

Parecer Aprovado

Sessão Plenária n.º 2805, de 15/08/2011 - Câmara II

CUIDADOS NA PUBLICIDADE MÉDICA

Keti Stylianos Patsis*

Palavras-chave - publicidade médica, propaganda, divulgação médica, hospital, CODAME, Resolução CFM nº 1701/2003, palestra, ensino, conceito, anúncio, comunicação, ética

CONCERN IN THE MEDICAL PUBLICITY

Key-words - medical publicity, propaganda, medical publicizing, hospital, CO-DAME, CFM resolution nr 1701/2003, lecture, teaching, concept, advertisement, communication, ethics

Baseando-nos da **Resolução nº 1701/2003**, publicada no D.O.U em 22/12/2003 e retificada em 13/01/2004, que normatiza a Publicidade Médica a Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos destaca e comenta alguns tópicos relevantes que devem ser observadas e seguidos quando da elaboração e veiculação de material publicitário.

1) Ao elaborar elementos de comunicação visual como a placa de consultório, cartões de visita, receituários, por exemplo ou peças publicitárias, lembre que eles devem conter seu nome e o número de seu CRM, de forma clara e legível.

2) O nome do médico responsável por clínicas e hospitais, **assim como** o número de sua inscrição no CRM, devem constar em todos os elementos de comunicação visual dos estabelecimentos como propagandas, placas, cartões de visita e receituários.

3) **Antes** de divulgar uma especialidade em qualquer meio de comunicação - placa de consultório, propagandas, jornais, listas telefônicas, cartões de visita ou receituários, por exemplo - o médico necessita **registrá-la** no CRM.

4) Conforme normas da Comissão Mista de Especialidades (CFM/AMB/CNRM), os Conselhos Regionais de Medicina **só** poderão registrar os títulos e certificados de áreas de atuação conferidos pelas sociedades de especialidades conveniadas à AMB ou certificados de Residência Médica, credenciados pela CNRM.

* Conselheira Parecerista CRMPR.

5) Se você não tiver uma especialidades registrada no CRM apresente-se simplesmente como **“MÉDICO”**. É a forma correta e elegante de mostrar que você exerce esta profissão.

6) Só divulgue procedimentos **reconhecidos** pelo CFM. Lembre que alguns procedimentos, como a carboxiterapia, por exemplo, não são reconhecidos, ainda, como eficazes.

7) se você tiver convicção de que um procedimento é bom, embora ainda não tenha sido reconhecido como tal, pelo CFM, apresente trabalhos científicos em eventos da sua especialidade ou divulgue a sua experiência em revistas das sociedades de especialidades, para que seus pares possam avaliá-los. Se for constatada a **eficácia** de um método, ele passará a ser reconhecido pelo CFM e você poderá passar a divulgá-lo.

8) Resultados não podem ser prometidos - e nem mesmo sugeridos - em propagandas médicas, pois, como todos sabemos, eles diferem de um paciente para outro e **não dependem** apenas do médico ou do método de tratamento. Aliás, se promessas fossem permitidas, elas poderiam ser cobradas mais tarde, quando o resultado alcançado fosse diverso do prometido.

9) Não coloque os **preços** praticados nem as formas de pagamento em seus anúncios profissionais. O que deve nos diferenciar não são nossos preços, mas sim a qualidade e a seriedade dos serviços que prestamos.

10) Ao conceder entrevistas, **seja claro e conciso** na forma de ser comunicar e evite afirmar que detém algum conhecimento inédito ou pioneiro, a menos que possa facilmente comprovar sua afirmação.

11) Lembre que **you** - como médico - é mais importante em qualquer tratamento do que os aparelhos que utiliza. Por isto, não atribua a eles capacidades que não detêm e não dê a eles mais importância do que a você mesmo.

12) Não permita que seu nome seja incluído em concursos ou similares, cuja finalidade seja escolher o “médico do ano”, “destaque” ou “melhor médico”, pois autopromoção é proibida pela Resolução 1701/2003, do CFM.

13) Se alguma informação ou declaração sua foi divulgada em matéria jornalística, as quais firmam os ditames da Resolução 1701/2003, você deve encaminhar ofício retificador ao órgão de imprensa que a divulgou e ao Conselho Regional de Medicina, sem prejuízo de futuras apurações de responsabilidade.

14) Recomendamos a leitura da **Resolução CFM nº 1973/2011** (disponível na web site: www.crmpr.org.br), onde constam as especialidades e as

áreas de atuação, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, que podem ser registradas e divulgadas.

A **Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos** está à sua disposição para tirar dúvidas, orientar, analisar materiais publicitários antes de sua veiculação na mídia ou para outros esclarecimentos.

Para agendar horário, telefone: (41) 3240-4032 (Cleunice) ou webmail: codame@crmpr.org.br

Atenciosamente

Consª Ketí Stylianos Patsis

Coordenadora da Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.701/2003

(Publicada em D.O.U. 23 de setembro de 2003, Seção I, p. 171-172)

(Texto consolidado de acordo com retificações publicadas no D.O.U. em 22.12.03 e em 13.01.04)

VER RESOLUÇÃO CFM Nº 1974/2011

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

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

CONSIDERANDO a necessidade de uniformizar e atualizar os procedimentos para a divulgação de assuntos médicos em todo o território nacional;

CONSIDERANDO a necessidade de solucionar os problemas que envolvem a divulgação de assuntos médicos visando ao esclarecimento da opinião pública;

CONSIDERANDO que os anúncios médicos deverão obedecer a legislação vigente;

CONSIDERANDO o Decreto-Lei nº 20.931/32, o Decreto-Lei nº 4.113/42 e o disposto no Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que a publicidade médica deve obedecer exclusivamente a princípios éticos de orientação educativa, não sendo comparável à publicidade de produtos e práticas meramente comerciais;

CONSIDERANDO que o atendimento a estes princípios é inquestionável pré-requisito para o estabelecimento de regras éticas de concorrência entre médicos, serviços, clínicas, hospitais e demais empresas registradas nos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO as diversas resoluções sobre o tema editadas por todos os Conselhos Regionais;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária de 10 de setembro de 2003.

RESOLVE:

Art. 1º - Entender-se-á por anúncio a comunicação ao público, por qualquer meio de divulgação, de atividade profissional de iniciativa, participação e/ou anuência do médico.

Art. 2º - Os anúncios médicos deverão conter, obrigatoriamente, os seguintes dados:

- a) Nome do profissional;
- b) Especialidade e/ou área de atuação quando devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina;
- c) Número da inscrição no Conselho Regional de Medicina.

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

Art. 3º - É vedado ao médico:

- a) anunciar que trata de sistemas orgânicos, órgãos ou doenças específicas, por induzir a confusão com divulgação de especialidade;
- b) anunciar aparelhagem de forma a que lhe atribua capacidade privilegiada;
- c) participar de anúncios de empresas ou produtos ligados à Medicina;
- d) permitir que seu nome seja incluído em propaganda enganosa de qualquer natureza;
- e) permitir que seu nome circule em qualquer mídia, inclusive na Internet, em matérias desprovidas de rigor científico;
- f) fazer propaganda de método ou técnica não aceitos pela comunidade científica;
- g) expor a figura de paciente seu como forma de divulgar técnica, método ou resultado de tratamento, ainda que com a autorização expressa deste, ressalvado o disposto no artigo 10 desta resolução;
- h) anunciar a utilização de técnicas exclusivas;
- i) oferecer seus serviços através de consórcio ou similares;
- j) garantir, prometer ou insinuar bons resultados do tratamento.

(TEXTO ART. 3º RETIFICADO -D.O.U. DE 22 DEZ. 2003, SEÇÃO I, PAG. 106)

Art. 4º - Sempre que em dúvida, o médico deverá consultar a Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (CODAME) dos Conselhos Regionais de Medicina, visando enquadrar o anúncio dentro dos dispositivos legais e éticos.

Art. 5º - Nos anúncios de clínicas, hospitais, casas de saúde, entidades de prestação de assistência médica e outras instituições de saúde, deverá constar, sempre, o nome do diretor técnico e sua correspondente inscrição no Conselho Regional em cuja jurisdição se localize o estabelecimento de saúde.

Parágrafo único - Pelos anúncios dos estabelecimentos de saúde respondem, perante o Conselho Regional de Medicina, os seus diretores técnicos.

Art. 6º - Nas placas internas ou externas, as indicações deverão se limitar ao previsto no artigo 2º e seu parágrafo único.

Art. 7º - Caso o médico não concorde com o teor das declarações a si atribuídas em matéria jornalística, as quais firmam os ditames desta Resolução, deve encaminhar ofício retificador ao órgão de imprensa que a divulgou e ao Conselho Regional de Medicina sem prejuízo de futuras apurações de responsabilidade.

(ART. 7º RETIFICADO - D.O.U. DE 13 JAN 2004, SEÇÃO I, PAG. 71)

Art. 8º - O médico pode, usando qualquer meio de divulgação leiga, prestar informações, dar entrevistas e publicar artigos versando sobre assuntos médicos de fins estritamente educativos.

Art. 9º - Por ocasião das entrevistas, comunicações, publicações de artigos e informações ao público, o médico deve evitar sua autopromoção e sensacionalismo, preservando, sempre, o decoro da profissão.

Parágrafo 1º - Entende-se por autopromoção a utilização de entrevistas, informações ao público e publicações de artigos com forma ou intenção de:

- a) angariar clientela;
- b) fazer concorrência desleal;
- c) pleitear exclusividade de métodos diagnósticos e terapêuticos;
- d) auferir lucros de qualquer espécie;
- e) permitir a divulgação de endereço e telefone de consultório, clínica ou serviço.

Parágrafo 2º - Entende-se por sensacionalismo:

a) a divulgação publicitária, mesmo de procedimentos consagrados, feita de maneira exagerada e fugindo de conceitos técnicos, para individualizar e priorizar sua atuação ou a instituição onde atua ou tem interesse pessoal;

b) utilização da mídia, pelo médico, para divulgar métodos e meios que não tenham reconhecimento científico;

c) a adulteração de dados estatísticos visando beneficiar-se individualmente ou à instituição que representa, integra ou o financia;

d) a apresentação, em público, de técnicas e métodos científicos que devem limitar-se ao ambiente médico;

e) a veiculação pública de informações que causem intranqüilidade à sociedade.

Art. 10 - Nos trabalhos e eventos científicos em que a exposição de figura de paciente for imprescindível, o médico deverá obter prévia autorização expressa do mesmo ou de seu representante legal.

Art. 11 - Quando da emissão de boletins médicos, os mesmos devem ser elaborados de modo sóbrio, impessoal e verídico, preservando o segredo médico.

Parágrafo 1º - Os boletins médicos poderão ser divulgados através do Conselho Regional de Medicina, quando o médico assim achar conveniente.

Parágrafo 2º - Os boletins médicos, nos casos de pacientes internados em estabelecimentos de saúde, deverão sempre, ser assinados pelo médico assistente e subscritos pelo diretor clínico da instituição ou, em sua falta, por seu substituto.

Art. 12 - O médico não deve permitir que seu nome seja incluído em concursos ou similares, cuja finalidade seja escolher o "médico do ano", "destaque" ou "melhor médico".

Art. 13 - Os sites para assuntos médicos deverão receber resolução específica.

Art. 14 - Os Conselhos Regionais de Medicina manterão uma Comissão Permanente de Divulgação de Assuntos Médicos (CODAME) composta, minimamente, por três membros.

Art. 15 - A Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos terá como finalidade:

a) emitir pareceres a consultas feitas ao Conselho Regional de Medicina a respeito de publicidade de assuntos médicos, interpretando pontos duvidosos, conflitos e omissões;

b) convocar os médicos e pessoas jurídicas para esclarecimentos quando tomar conhecimento de descumprimento das normas éticas sobre a matéria, devendo determinar a imediata suspensão do anúncio;

c) propor instauração de sindicância nos casos que tenham características de infração ao Código de Ética Médica;

d) rastrear anúncios divulgados em qualquer mídia, inclusive Internet, adotando as medidas cabíveis sempre que houver desobediência a esta resolução;

e) providenciar para que a matéria relativa a assunto médico, divulgado pela imprensa leiga, não ultrapasse, em sua tramitação na Comissão, o prazo de 60 (sessenta) dias;

f) aprovar previamente o teor de outdoors, placas expostas ao ar livre, ou similares.

(ART. 15 RETIFICADO - D.O.U. DE 22 DEZ. 2003, SEÇÃO I, PAG. 106)

Art. 16 - A presente resolução entra em vigor na data de sua publicação e ficam revogadas todas as disposições em contrário, e especialmente a Resolução CFM nº 1.036/80.

Brasília-DF, 10 de setembro de 2003

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

A questão da publicidade médica vem assumindo proporções importantes, mercê de disputa crescente pelo mercado, aumento da oferta de serviços e moderna tecnologia dos meios de divulgação.

Os aspectos éticos que permeiam a publicidade médica são aqueles prescritos nos artigos 131 a 140 do Código de Ética Médica.

As divulgações inverídicas, sensacionalistas e de fator que não tenha clara comprovação devem ser melhor definidas, estabelecendo-se um nítido balizamento ético, e ser objeto de resolução que abranja todos os médicos do país, bem como as instituições de saúde.

Apesar de a Resolução CFM nº 1.036/80 ser ainda moderna, necessário ser faz um refinamento em razão da nova realidade médica e das técnicas de divulgação. A presente proposição de resolução visa atingir este objetivo, chamando atenção para aspectos tais como:

- a) a proibição de não se anunciar tratamento de sistema orgânico ou doenças específicas, para não gerar confusão ao usuário ou especialidade;
- b) a proibição de utilização da rede mundial de computadores para veiculação de matérias desprovidas de embasamento científico;
- c) a necessidade da sistemática consulta ao CODAME para verificação da eticidade da divulgação;
- d) a importância do diretor técnico na decisão da divulgação de clínicas e serviços;
- e) as definições de autopromoção e sensacionalismo;
- f) a definição de boletins médicos e atribuições da CODAME.

Entendemos, assim, que esta proposta atende e contempla todas as situações que hoje se apresentam, dirimindo dúvidas que a Resolução CFM nº 1.036/80, pela defasagem de tempo, deixa obscuras.

ATESTADO DE ACOMPANHAMENTO AO MÉDICO - HÁ OBRIGAÇÃO EM ACEITAR?

Sérgio Ferreira Pantaleão*

Palavras-chave - atestado, declaração, acompanhamento ao médico, abonar, obrigação, empresa particular, público, Sérgio Ferreira Pantaleão

CERTIFICATE OF THE MEDICAL MONITORING. IS IT MANDATORY?

Key-words - certificate, statement, accompanying the doctors, certify, obligation, private company, public, Sergio Ferreira Pantaleão

O empregador é obrigado a abonar as faltas que por determinação legal, não podem ocasionar perda da remuneração, desde que formalmente comprovadas por atestado médico.

A legislação determina alguns requisitos para que os atestados médicos tenham validade perante a empresa. No entanto, não são raros os casos de empregados que se utilizam de atestados médicos para se ausentarem do trabalho, mesmo sem apresentar nenhuma patologia que justifique essa ausência.

A legislação não prevê a questão do abono de faltas no caso do empregado que se ausenta do trabalho para acompanhar seu dependente em uma consulta médica ou internamento, independente de idade ou condição de saúde.

LEGISLAÇÃO

O atestado médico, para abono de faltas ao trabalho, tem limitações regulamentadas por lei. O Decreto 27.048/49 que aprova o regulamento da Lei 605/49, no artigo 12, § 1º e 2º, dispõe sobre as formas de abono de faltas mediante atestado médico:

* Advogado - OAB/PR nº 54.029 - sergio@lpjuridico.adv.br - www.guiatrabalhista.com.br - Al. Doutor Carlos de Carvalho, 1027 - cj. 34 - Curitiba-PR 80430-180

Art. 12:

§ 1º: A doença será comprovada mediante atestado passado por médico da empresa ou por ela designado e pago.

§ 2º: Não dispendo a empresa de médico da instituição de previdência a que esteja filiado o empregado, por médico do Serviço Social da Indústria ou do Serviço Social do Comércio, por médico de repartição federal, estadual ou municipal, incumbido de assunto de higiene ou saúde, ou, inexistindo na localidade médicos nas condições acima especificados, por médico do sindicato a que pertença o empregado ou por profissional da escolha deste.

Os atestados médicos de particulares, conforme manifestação do Conselho Federal de Medicina, não devem ser recusados, exceto se for reconhecido favorecimento ou falsidade na emissão, assim estabelecendo:

“O atestado médico, portanto, não deve “a priori” ter sua validade recusada porquanto estarão sempre presentes no procedimento do médico que o forneceu a presunção de lisura e perícia técnica, exceto se for reconhecido favorecimento ou falsidade na sua elaboração quando então, além da recusa, é acertado requisitar a instauração do competente inquérito policial e, também, a representação ao Conselho Regional de Medicina para instauração do indispensável procedimento administrativo disciplinar”.

Portanto, o atestado médico para abono de faltas ao trabalho deve obedecer aos dispositivos legais, mas, quando emitido por médico particular, a priori deve ser considerado, pelo médico da empresa ou junta médica de serviço público, como verdadeiro pela presunção de lisura e perícia técnica.

Entretanto, a legislação trabalhista não disciplina quanto ao abono de faltas em virtude de **atestado de acompanhamento médico** (aquele que é fornecido à mãe ou ao pai que acompanha o filho até o médico), tampouco se manifesta quanto a obrigatoriedade das empresas em recepcioná-lo.

Embora não tenhamos a manifestação da Legislação a respeito, é preciso se atentar para os Acordos e Convenções Coletivas que tendem a garantir situações mais benéficas, como complemento às dispostas em lei ou até pelos próprios procedimentos internos das empresas que podem estabelecer tal garantia.

Em um procedimento interno de uma empresa qualquer, encontramos uma dessas garantias a qual estabelecia que “Nos casos dos atestados de acompanhantes para filhos até 14 (quatorze) anos, a ausência é abonada, no limite de 01 dia/mês.”

EMPRESAS - FACULDADE EM ABONAR

Se por um lado o empregador não deve esta obrigação, por outro há uma busca em manter a qualidade de vida e condições saudáveis de trabalho para seu empregado, condições estas que podem ser ameaçadas pela enfermidade na família deste, já que poderá refletir diretamente no seu desempenho profissional.

Ora, se um empregado que trabalha em turnos, por exemplo, e que poderia agendar e levar seu filho ao médico após sua jornada normal de trabalho não o faz, fica evidente sua intenção em faltar ao serviço sem justificativa legal.

Por outro lado, se ocorrer a necessidade urgente em função de um fato grave e inesperado, ainda que a jornada de trabalho seja em turnos, há que se levar em consideração a imprevisibilidade e necessidade urgente de atendimento ao filho, o que poderia ser considerado justificável a ausência do empregado.

Cabe ao empregador aceitar ou não os atestados apresentados pelo empregado que não estejam previstos em lei. Se a lei, acordo ou convenção coletiva não disciplina sobre a obrigação de o empregador recepcionar o atestado de acompanhamento médico, é uma faculdade aceitar ou recusar.

No entanto, para que seja aceito, o gestor de Recursos Humanos deve estabelecer um procedimento interno regulamentando as condições em que serão aceitos, para que todos sejam atingidos por este regulamento. Não há como um departamento aceitar e outro não, conforme suas convicções.

A empresa poderá determinar ainda que os atestados de acompanhante (filho, pai, mãe, irmão e etc.) somente justificam a ausência do período, mas não abonam, caso em que as horas devem ser compensadas dentro de um determinado prazo para não incorrer em prejuízos salariais.

Não obstante, há que se atentar para o entendimento jurisprudencial que vem demonstrando que a mãe, o pai, tutor ou responsável que, não havendo outra possibilidade, precisar se ausentar do trabalho para acompanhar o filho menor até o médico, deve ter esta ausência justificada pela empresa, já que esta garantia de cuidado do filho, além de estar estabelecido na Constituição Federal, é um dever estabelecido no exercício do pátrio-poder, consubstanciado no dever dos pais de cumprir funções de sustento, educação e assistência aos filhos, conforme define o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Podemos confirmar este entendimento jurisprudencial no julgado do TRT/MG que julgou improcedente a demissão por justa causa da empregada que se ausentou do trabalho para levar seu filho ao médico. Veja maiores detalhes.

Atualizado em 05/09/2011.

Autorizada reprodução da www.guiatrabalhistas.com.br/tematicas/atestado_acompanhamento.htm

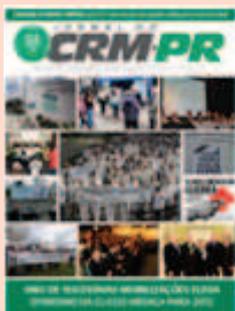
CRM-PR PUBLICAÇÕES AGORA EM IMPRESSÃO DIGITAL

Neste espaço você encontra a íntegra das publicações editadas pelo CRM-PR em formato digital, o que permite ao internauta folhear cada publicação na tela do computador e ainda fazer o download do arquivo em pdf.

Após um trabalho de mais de três anos de pesquisa, em observância às tendências nacionais e internacionais e considerando as manifestações favoráveis da maioria do público-alvo, o Conselho Regional de Medicina do Paraná decidiu reformular a sua linguagem de comunicação com os médicos paranaenses, dando prioridade para informações digitais a partir de 2011. Neste sentido, a maior parte de suas publicações passou para o meio digital.

Para obter mais informações sobre as publicações ou enviar sugestões de conteúdo, basta entrar em contato com a Assessoria de Imprensa do Conselho de Medicina através do e-mail imprensa@crmpr.org.br ou dos telefones (41) 3240-4026 [begin_of_the_skype_highlighting](#) (41) 3240-4026 [end_of_the_skype_highlighting](#) / 4047 / 4066.

Jornal do CRM-PR



Revista do Médico Residente



Iátrico



Arquivos



Jaculatórias



Caderno do Conselho



**Depois não diga que não sabia.
Conheça. Atualize. Acesse.**

**ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
ÍNDICE REMISSIVO POR ORDEM ALFABÉTICA DE ASSUNTOS E AUTORES.
NÚMEROS 109 A 112/2011**

OBSERVAÇÕES

- 1 - O indicativo numeral de página da palavra chave, corresponde a página inicial do artigo ou texto onde está o assunto;
- 2 - Cada assunto pode ter mais de uma palavra-chave;
- 3 - A presença de "art.", significa artigo do Código de Ética Médica, 1988;
- 4 - Solicita-se a comunicação à secretaria, de eventual indicação errônea;
- 5 - Pedimos sugestões para inclusões futuras;
- 6 - Os artigos publicados nos "Arquivos" podem ser obtidos em cópia xerox por telefone ou e-mail à biblioteca;
- 7 - Índice remissivo dos nºs 1 a 56 estão à disposição no Suplemento I, vol. 14, de Dez./97.
- 8 - Um índice remissivo anual é realizado no último número de cada ano, desde 1998.
- 9 - Este índice pode ser consultado através da Home Page do CRM-PR.

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Abonar falta					Doutorando em 1925	110	112	28	2011
Ver atestado médico	00	00	00	00	Ehrenfried Wittig	110	112	28	2011
Abreu, Mário Braga					Museu de História da Medicina	110	112	28	2011
Museu de História da Medicina	111	169	28	2011	Visita a Manguinhos	110	112	28	2011
Acompanhamento					Amador, José Carlos				
Ver atestado médico	00	00	00	00	Artigo	109	42	28	2011
Acompanhamento de responsáveis					Anatomopatológico				
Adolescente	109	38	28	2011	Auditoria	110	81	28	2011
Consulta	109	38	28	2011	Convênio	110	81	28	2011
Maurício Marcondes Ribas	109	38	28	2011	Encaminhamento	110	81	28	2011
Pediátrico	109	38	28	2011	Laudos	110	81	28	2011
Responsáveis	109	38	28	2011	Peça	110	81	28	2011
Acompanhante em parto					Remuneração	110	81	28	2011
Autorizações prévias	109	23	28	2011	Anestesista				
Cuidados/risco	109	23	28	2011	Dignidade	112	210	28	2011
Ética	109	23	28	2011	Honorário	112	210	28	2011
Fotógrafo/familiares	109	23	28	2011	Hospital	112	210	28	2011
Roberto Issamu Yosida	109	23	28	2011	Pagamento	112	210	28	2011
Trabalho de parto	109	23	28	2011	Reembolso	112	210	28	2011
Acordo					Antonio José Pessoa da Silveira Dórea				
Crítérios	110	65	28	2011	Artigo	110	59	28	2011
Remuneração	110	65	28	2011	Anúncio				
Agenda médica					Ver publicidade médica	00	00	00	00
Internet	109	11	28	2011	Anvisa				
Marcar consulta	109	11	28	2011	Experimental	109	13	28	2011
Parecer CRM/PR nº 2235/2010	109	11	28	2011	Importação	109	13	28	2011
Respeito	109	11	28	2011	Medicamento	109	13	28	2011
Alceu Fontana Pacheco Junior					Registro	109	13	28	2011
Artigo	109	05	28	2011	Aptidão física				
Alexandre Gustavo Bley					Carteira de habilitação	109	29	28	2011
Artigo	109	07	28	2011	Mental	109	29	28	2011
Artigo	109	11	28	2011	Motorista	109	29	28	2011
Artigo	109	13	28	2011	Resolução Contran nº 267/08	109	29	28	2011
Artigo	109	15	28	2011	Arquivos				
Artigo	109	29	28	2011	Ver publicações	00	00	00	00
Artigo	109	46	28	2011	Atendimento				
Artigo	109	48	28	2011	Alexandre Gustavo Bley	109	07	28	2011
Artigo	110	69	28	2011	ANS - Lei nº 9656/1998	109	07	28	2011
Artigo	110	74	28	2011	Área de atuação	109	07	28	2011
Artigo	110	79	28	2011	Clínico/cirúrgico	110	89	28	2011
Artigo	110	81	28	2011	Consulta particular/operadoras				
Artigo	110	93	28	2011	de saúde	109	07	28	2011
Artigo	110	101	28	2011	Contratação	110	89	28	2011
Artigo	111	142	28	2011	Contrato	110	79	28	2011
Alô T. Guimarães					Deixar de cumprir	110	79	28	2011
Demais títulos acadêmicos e públicos	110	112	28	2011	Emergência	109	07	28	2011
Doutorandos de 1940	109	56	28	2011	Especialidade	109	07	28	2011

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Honorários	109	07	28	2011	Bessa, Marco Antonio do Socorro				
Número de consultas	109	07	28	2011	Marques Ribas				
Operadora de saúde	110	79	28	2011	Artigo	110	67	28	2011
Plantão	110	89	28	2011	Biópsia mamária				
Revisão	110	89	28	2011	Alexandre Gustavo Bley	110	101	28	2011
Atestado médico					Área de atuação	110	101	28	2011
Abonar	112	219	28	2011	Mamografia	110	101	28	2011
Aceitar	112	219	28	2011	Mastologia	110	101	28	2011
Acompanhamento ao médico	112	219	28	2011	Operadora de saúde	110	101	28	2011
Alta	111	164	28	2011	Ultrassonografia	110	101	28	2011
Área de atuação	110	57	28	2011	Bley, Alexandre Gustavo				
Arquivo de cópias	111	140	28	2011	Artigo	109	07	28	2011
Atividade coletiva	110	71	28	2011	Artigo	109	11	28	2011
Capacidade laborativa	111	164	28	2011	Artigo	109	13	28	2011
CID	110	57	28	2011	Artigo	109	15	28	2011
Comparecimento	112	219	28	2011	Artigo	109	29	28	2011
Declaração	112	219	28	2011	Artigo	109	46	28	2011
Em piscina	110	71	28	2011	Artigo	109	48	28	2011
Empregador	112	219	28	2011	Artigo	110	69	28	2011
Exame médico	110	71	28	2011	Artigo	110	74	28	2011
Exame pessoal	111	164	28	2011	Artigo	110	79	28	2011
Falta ao trabalho ou escola	112	219	28	2011	Artigo	110	81	28	2011
Fator de adoecimento	111	164	28	2011	Artigo	110	93	28	2011
Fator de agravamento	111	164	28	2011	Artigo	110	101	28	2011
Legislação	112	219	28	2011	Artigo	111	142	28	2011
Médico assistente	111	164	28	2011	Boger, Marta Vaz Dias de Souza				
Médico do trabalho	111	164	28	2011	Artigo	111	154	28	2011
Nefrologia	110	57	28	2011	Cadastro				
Obrigação	112	219	28	2011	Conselho de Medicina	112	198	28	2011
Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi	111	140	28	2011	Inscrição obrigatória	112	198	28	2011
Particular	112	219	28	2011	Registro	112	198	28	2011
Perda	112	219	28	2011	Resolução CFM nº 1980/2011	112	198	28	2011
Periodicidade	110	71	28	2011	Cadastro no CRM				
Plantonista	111	140	28	2011	Ver inscrição no CRM	00	00	00	00
Prontuário médico	111	140	28	2011	Carimbo médico				
Público	112	219	28	2011	Daniel Romero Muñoz	110	105	28	2011
Registrar	111	140	28	2011	Decreto nº 20931/1932	110	105	28	2011
Remuneração	112	219	28	2011	Fernando Jorge de Paula	110	105	28	2011
Resolução CFM nº 1658/2002	111	140	28	2011	Imposição	110	105	28	2011
3 em 3 meses	110	71	28	2011	Júlio Cesar Fontasa-Rosa	110	105	28	2011
Sérgio Ferreira Pantaleão	112	219	28	2011	Lei nº 5991/1973	110	105	28	2011
Título especialista	110	57	28	2011	Márcia Vieira da Motta	110	105	28	2011
Veracidade	110	57	28	2011	Moacyr da Silva	110	105	28	2011
Atestado retroativo					Necessidade	110	105	28	2011
Alta	111	166	28	2011	Portaria SUS/MS nº 344/1998	110	105	28	2011
Afastamento	111	166	28	2011	Carlos Alberto Benfatti				
Exame pessoal	111	166	28	2011	Artigo	110	65	28	2011
Médico assistente	111	166	28	2011	Carlos Chagas				
Médico do trabalho	111	166	28	2011	Alô Guimarães	110	112	28	2011
Atividades					Doutorandos de medicina de 1925	110	112	28	2011
Conselho Regional de Medicina do PR	112	222	28	2011	Manoel Guimarães (neto)	110	112	28	2011
Auxiliar de Cirurgia					Visita ao Instituto Manguinhos	110	112	28	2011
Competência	109	03	28	2011	Carteira de habilitação				
Consulta	109	03	28	2011	Condição física/mental	109	29	28	2011
Enfermeira	109	03	28	2011	Motorista	109	29	28	2011
Internação	109	03	28	2011	Resolução Contran nº 267/08	109	29	28	2011
Prescrição médica	109	03	28	2011	Cartel				
Resolução CRMPR nº 1490/1998	109	03	28	2011	Tabela de honorários	109	28	28	2011
Responsabilidade	109	03	28	2011	Central Reguladora de Leito				
Telefone	109	03	28	2011	Ausência de leito	109	40	28	2011
Auxílio gratuito à saúde					Hospital	109	40	28	2011
Dever do estado	111	113	28	2011	Leito	109	40	28	2011
Direito à saúde	111	113	28	2011	Maurício Marcondes Ribas	109	40	28	2011
Judicialização	111	113	28	2011	Responsabilidade	109	40	28	2011
Medicação	111	113	28	2011	UTI	109	40	28	2011
Princípios	111	113	28	2011	Vaga	109	40	28	2011
Terapêuticas	111	113	28	2011	Ceratoacantona				
Beleza					Anatomopatológico	109	34	28	2011
Salões/Medicina	109	01	28	2011	CID	109	34	28	2011
Vinculação/Interação	109	01	28	2011	Clínica de estética				
Benfatti, Carlos Alberto					Convênio	111	162	28	2011
Artigo	110	65	28	2011	Dificuldades	111	162	28	2011
Bertol, Romeu					Indicação	111	162	28	2011
Artigo	110	85	28	2011	Não podem se estabelecer	111	162	28	2011
					Resolução CFM nº 183/2011	111	162	28	2011

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Resolução CRM/PR nº 180/2010	111	162	28	2011	Hospital	112	191	28	2011
Salão de beleza	111	162	28	2011	Internação	112	191	28	2011
Vinculação	111	162	28	2011	Nova consulta	112	191	28	2011
Clovis Marcelo Corso					Parecer CRM/PR nº 2235/2010	109	11	28	2011
Artigo	109	03	28	2011	Plano de saúde	112	191	28	2011
Artigo	111	148	28	2011	Reconsulta	112	191	28	2011
Artigo	111	151	28	2011	Resolução CFM nº 1958/2010	110	111	28	2011
Artigo	112	210	28	2011	Resolução CFM nº 1958/2010	112	191	28	2011
CODAME					Responsabilidade	112	191	28	2011
Ver publicidade médica	00	00	00	00	Retorno	110	111	28	2011
Código de ética					Saúde suplementar	112	191	28	2011
Confidencialidade	110	95	28	2011	Segurança	109	11	28	2011
Informação, limite	110	95	28	2011	Sigilo	109	11	28	2011
Sigilo	110	95	28	2011	Contra				
Código Sanitário do Paraná (2001)					Aptidão física e mental	109	29	28	2011
Diretor clínico e técnico	109	49	28	2011	Habilitação de motorista	109	29	28	2011
Normas: regula e organização	109	49	28	2011	Contratação				
Comissão Estadual de Honorário Médico					Atendimento	110	89	28	2011
Honorários	111	135	28	2011	Cuidados	110	89	28	2011
Operadoras de planos de saúde	111	135	28	2011	Credenciamento clínico	110	89	28	2011
Remuneração	111	135	28	2011	Gerson Zafalon Martins	110	89	28	2011
Seguro saúde	111	135	28	2011	Ortopedia	110	89	28	2011
Comunicado					Revisão	110	89	28	2011
Ver publicidade médica	00	00	00	00	Serviço público	110	89	28	2011
Conceito					Contrato				
Ver publicidade médica	00	00	00	00	Atendimento hospitalar	110	79	28	2011
Concurso público					Cumprimento	110	79	28	2011
Candidato	110	93	28	2011	Descumprir	110	79	28	2011
Ética	110	93	28	2011	Convênio				
Médico	110	93	28	2011	Delegacia de divisa	112	193	28	2011
Perícia	110	93	28	2011	Divisão PR/SC	112	193	28	2011
Terceirização	110	93	28	2011	Exame anatomopatológico	110	81	28	2011
Congresso					Lauda	110	81	28	2011
Impedimento de presença	109	32	28	2011	Municípios interligados	112	193	28	2011
Médicos não associados	109	32	28	2011	Remuneração	110	81	28	2011
Consentimento					Resolução CRM/PR nº 184/2010	112	193	28	2011
Disponibilidade de dados	110	63	28	2011	Resultado	110	81	28	2011
Internet	110	63	28	2011	Rio Negro/Porto União	112	193	28	2011
Paciente internado	110	63	28	2011	Corso, Clovis Marcelo				
Sigilo	110	63	28	2011	Artigo	109	03	28	2011
Consulta					Artigo	111	148	28	2011
Alexandre Gustavo Bley	110	79	28	2011	Artigo	111	151	28	2011
Autonomia médica	109	42	28	2011	Artigo	112	210	28	2011
Contrato	110	79	28	2011	Costa, Edson Silva da				
Deixar de atender	110	79	28	2011	Artigo	112	173	28	2011
Emergência ambulatório	109	42	28	2011	Costa, Monica Cristina da				
Enfermeira	109	03	28	2011	Artigo	111	113	28	2011
Exames	110	79	28	2011	Dados				
Honorários	109	15	28	2011	Consentimento	110	63	28	2011
Internação	109	03	28	2011	Disponibilidade	110	63	28	2011
José Carlos Amador	109	42	28	2011	Internação	110	63	28	2011
Jornada de trabalho	109	42	28	2011	Internet	110	63	28	2011
Limite	109	42	28	2011	Sigilo	110	63	28	2011
Número de paciente	109	42	28	2011	Deficiência				
Pediatria - adulto	109	42	28	2011	Ações de saúde	112	205	28	2011
Plantão	109	15	28	2011	Apoio	112	205	28	2011
Prescrição médica	109	03	28	2011	Assessoramento	112	205	28	2011
Pronto atendimento	110	79	28	2011	Comitê nacional	112	205	28	2011
Remuneração	109	15	28	2011	Política nacional	112	205	28	2011
Resolução CFM nº 193/2009	109	42	28	2011	Portaria nº 2672/2011	112	205	28	2011
Responsabilidade	109	03	28	2011	Deficientes				
Telefone	109	03	28	2011	Assessoramento	112	205	28	2011
Consulta em pediatria					Política Nacional	112	205	28	2011
Acompanhamento de responsáveis	109	38	28	2011	Portaria nº 2672/2011	112	205	28	2011
Consulta médica					Saúde	112	205	28	2011
Agenda na internet	109	11	28	2011	Definição				
Alexandre Gustavo Bley	109	11	28	2011	Consulta médica	112	191	28	2011
Ambulatório	112	191	28	2011	Consultório	112	191	28	2011
Conceito/definição	110	111	28	2011	Diretor técnico	112	191	28	2011
Consultório	112	191	28	2011	Internação	112	191	28	2011
Definição	112	191	28	2011	Reconsulta	112	191	28	2011
Diretor técnico	112	191	28	2011	Delegacia de Divisa				
Honorário	109	48	28	2011	Convênio	112	193	28	2011
Honorário	112	191	28	2011	Municípios interligados	112	193	28	2011
Horário	109	11	28	2011	Resolução CRM/PR nº 184/2011	112	193	28	2011
					Rio Negro/Porto União	112	193	28	2011

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Descrição de exame					Enfermeira				
Imagem	110	76	28	2011	Médico auxiliar de cirurgia	109	03	28	2011
Relatório, laudo	110	76	28	2011	Paciente	109	03	28	2011
Descumprir					Prescrição por telefone	109	03	28	2011
Atendimento	110	79	28	2011	Responsabilidade	109	03	28	2011
Contrato	110	79	28	2011	Restrição médica/dentista	109	03	28	2011
Exames	110	79	28	2011	Ensino				
Diálogo					Aula para acadêmico	110	69	28	2011
Consentimento livre e esclarecido	111	154	28	2011	Decreto Lei nº 938/1969	110	69	28	2011
Decisão ética	111	154	28	2011	Especialidade	110	69	28	2011
Distanásia	111	154	28	2011	Excluir fisioterapeuta ou advogados	110	69	28	2011
Estatuto do idoso	111	154	28	2011	Legalidade	110	69	28	2011
Fase terminal de vida	111	154	28	2011	Medicina legal	110	69	28	2011
Relação médico/paciente/família	111	154	28	2011	Resolução CFM nº 1627/2001	110	69	28	2011
Tratamento	111	154	28	2011	Ver publicidade médica	00	00	00	00
Dignidade					Equipe cirúrgica				
Anestesiista	112	210	28	2011	Acadêmico de medicina	109	03	28	2011
Honorários	112	210	28	2011	Competência	109	03	28	2011
Pagamento	112	210	28	2011	Conceito	109	03	28	2011
Reembolso	112	210	28	2011	Paciente internado	109	03	28	2011
Direito à vida					Prescrição médica	109	03	28	2011
Judicialização	112	173	28	2011	Resolução CRMPR nº 1490/1998	109	03	28	2011
Monografia	112	173	28	2011	Telefone	109	03	28	2011
Direito Fundamental					Escala de plantão				
Judicialização	112	173	28	2011	Afastamento	109	46	28	2011
Monografia	112	173	28	2011	Alexandre Gustavo Bley	109	46	28	2011
Social	112	173	28	2011	Corpo clínico	109	46	28	2011
Diretor técnico					Vinculação	109	46	28	2011
Consulta médica	112	191	28	2011	Especialista				
Reconsulta	112	191	28	2011	Impedimento de Congresso	109	32	28	2011
Responsabilidade	112	191	28	2011	Presença	109	32	28	2011
Disponibilidade de dados					Estética				
Consentimento	110	63	28	2011	Beleza	109	01	28	2011
Internação	110	63	28	2011	Conceito	109	01	28	2011
Internet	110	63	28	2011	Instituto/Medicina	109	01	28	2011
Sigilo	110	63	28	2011	Interação	109	01	28	2011
Silvio Porto de Oliveira	110	63	28	2011	Musculação	109	01	28	2011
Distanásia					Proibida	109	01	28	2011
Consentimento	111	154	28	2011	Resolução CRM nº 183/2011	109	01	28	2011
Diálogo	111	154	28	2011	Salões	109	01	28	2011
Relação médico/paciente/família	111	154	28	2011	Ética				
Tratamento	111	154	28	2011	Assembleia	110	65	28	2011
Divisão					Cooperativa médica	110	65	28	2011
Resolução CRMPR nº 184/2011	112	193	28	2011	Crítérios	110	65	28	2011
Divulgação					Regimento interno	110	65	28	2011
Ver publicidade médica	00	00	00	00	Remuneração	110	65	28	2011
Doador temporário					Ver publicidade médica	00	00	00	00
Reprodução assistida	111	145	28	2011	Exame ao serviço público				
Útero de aluguel	111	145	28	2011	Alexandre Gustavo Bley	110	93	28	2011
Útero de substituição	111	145	28	2011	Candidato	110	93	28	2011
Dórea, Antonio José Pessoa da Silveira					Concurso	110	93	28	2011
Artigo	110	59	28	2011	Perícia	110	93	28	2011
Doutorandos de 1940					Terceirização	110	93	28	2011
Museu de História da Medicina	109	56	28	2011	Exame de imagem				
Turma Aló Guimarães	109	56	28	2011	Descrição de laudo	110	76	28	2011
Edson Silva da Costa					Lutero Marques de Oliveira	110	76	28	2011
Artigo	112	173	28	2011	Possibilidade diagnóstica	110	76	28	2011
Educação médica continuada					Exame médico				
Ações de educação médica	111	168	28	2011	Alexandre Gustavo Bley	109	29	28	2011
Calendário do programa	111	168	28	2011	Aptidão física mental	109	29	28	2011
Discussão de conteúdo	111	168	28	2011	Atestado médico	110	71	28	2011
Integração	111	168	28	2011	Carteira de habilitação	109	29	28	2011
Projeto	111	168	28	2011	Perícia ou consulta	109	29	28	2011
Troca de experiência	111	168	28	2011	Periodicidade	110	71	28	2011
Ehrenfried Othmar Wittig					Piscina coletiva	110	71	28	2011
Artigo	109	56	28	2011	Resolução Contran nº 267/08	109	29	28	2011
Artigo	110	112	28	2011	Ewolda Von Rosen Seeling Stahlke				
Artigo	111	169	28	2011	Artigo	109	34	28	2011
Artigo	112	232	28	2011	Artigo	110	71	28	2011
Empregador					Falta				
Ver atestado médico	00	00	00	00	Ver atestado médico	00	00	00	00
Empresa de prestação médica					Fator de agravamento				
Normas	112	195	28	2011	Alta	111	164	28	2011
Princípios	112	195	28	2011	Capacidade laborativa	111	164	28	2011
Empresa pública, privada					Fator de adoecimento	111	164	28	2011
Ver atestado médico	00	00	00	00					

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Médico assistente	111	164	28	2011	Consentimento	111	148	28	2011
Médico do trabalho	111	164	28	2011	Perícia	111	148	28	2011
Fator de adoecimento					Recusa	111	148	28	2011
Alta	111	164	28	2011	Relatório	111	148	28	2011
Capacidade laborativa	111	164	28	2011	Resolução CFM nº 1605/2000	111	148	28	2011
Exame pessoal	111	164	28	2011	Trabalhador	111	148	28	2011
Médico assistente	111	164	28	2011	Inscrição no CRM				
Médico do trabalho	111	164	28	2011	Cadastro	112	198	28	2011
Felipe, Rodrigo José					Obrigatório	112	198	28	2011
Artigo	110	57	28	2011	Registro	112	198	28	2011
Filmagem					Resolução CFM nº 1980/2011	112	198	28	2011
Fotografia	109	23	28	2011	Inscrição obrigatória				
Presença não médicas	109	23	28	2011	Cadastro	112	198	28	2011
Trabalho de parto	109	23	28	2011	Conselho de Medicina	112	198	28	2011
Fisioterapeuta					Registro	112	198	28	2011
Decreto Lei nº 938/1969	110	69	28	2011	Resolução CFM nº 1980/2011	112	198	28	2011
Ensino de medicina legal	110	69	28	2011	Interferência de planos de saúde				
Lauda pericial	110	104	28	2011	Autonomia de escolha	110	59	28	2011
Não reconhecimento pelo TST	110	104	28	2011	Exigir modificações	110	59	28	2011
Professor de medicina legal	110	69	28	2011	Prescrição de medicação	110	59	28	2011
Resolução CFM nº 1627/2001	110	69	28	2011	Interferência na prescrição				
Fitoterapia					Autonomia	110	59	28	2011
Prescrição	109	05	28	2011	Operadora de saúde	110	59	28	2011
Gerson Zafalon Martins					Joachim Graf				
Artigo	110	89	28	2011	Artigo	109	32	28	2011
Graf, Joachim					Jornal				
Artigo	109	32	28	2011	Ver publicações	00	00	00	00
Guimarães, Alô T.					José Carlos Amador				
Doutorandos de 1940	109	56	28	2011	Artigo	109	42	28	2011
Hélcio Bertolozzi Soares					Judicialização				
Artigo	111	135	28	2011	Concurso 22º	111	113	28	2011
Artigo	111	145	28	2011	Direito	112	173	28	2011
História da Medicina					Edson Silva da Costa	112	173	28	2011
Mário Braga Abreu	111	169	28	2011	Medicina	112	173	28	2011
Museu de História da Medicina	111	169	28	2011	Monica Cristina da Costa	111	113	28	2011
Honorário					Monografia do CRMPR	111	113	28	2011
Anestesiista	111	151	28	2011	Monografia CRMPR	112	173	28	2011
Aviltamento	111	135	28	2011	1ª classificação	111	113	28	2011
Clóvis Marcelo Corso	111	151	28	2011	Saúde	112	173	28	2011
Consulta	109	15	28	2011	Supremo Tribunal de Justiça	112	173	28	2011
Cooperado	111	151	28	2011	Judicialização da medicina				
Plantão	109	15	28	2011	Concurso 22º	112	173	28	2011
Presencial	109	15	28	2011	Dever do estado	111	113	28	2011
Problema administrativo	111	151	28	2011	Direito à saúde	111	113	28	2011
Pronto socorro	109	15	28	2011	Edson Silva da Costa	112	173	28	2011
Reembolso	111	151	28	2011	Gratuidade	111	113	28	2011
Remuneração	111	135	28	2011	Medicação	111	113	28	2011
Resolução ANS 71	111	135	28	2011	Monografia CRMPR	112	173	28	2011
Resolução CFM nº 1401/93	111	151	28	2011	Premiação	112	173	28	2011
Seguro saúde	111	151	28	2011	Princípios	111	113	28	2011
Sobreaviso	109	15	28	2011	Saúde	112	173	28	2011
Ver consulta médica	00	00	00	00	Tratamento	111	113	28	2011
Honorário médico					Keti Stylianos Patsis				
Ambulatório	109	48	28	2011	Artigo	109	17	28	2011
Anestesiista	112	210	28	2011	Artigo	110	95	28	2011
Clóvis Marcelo Corso	112	210	28	2011	Artigo	111	164	28	2011
Convênio	109	48	28	2011	Artigo	111	166	28	2011
Dignidade	112	210	28	2011	Artigo	112	213	28	2011
Hospital	112	210	28	2011	Lauda				
Internação	109	48	28	2011	Convênio	110	81	28	2011
Pagamento	112	210	28	2011	Exame anatomopatológico	110	81	28	2011
Reembolso	112	210	28	2011	Peça	110	81	28	2011
Restrição	112	210	28	2011	Resultado	110	81	28	2011
Tempo de atendimento	109	48	28	2011	Lauda Anátomo- Patológico				
Visita clínica	109	48	28	2011	Ceratoacantona	109	34	28	2011
látrico					Colocação de CID	109	34	28	2011
Ver publicações	00	00	00	00	Ewolda Von Rosen Seeling Stahlke	109	34	28	2011
Imagem					Lauda médico				
Descrição/relatório	110	76	28	2011	Descrição/relatório	110	76	28	2011
Resultado de exame	110	76	28	2011	Exame de imagem	110	76	28	2011
Índice Remissivo 2011					Lauda pericial				
Nºs. 109 - 112/2011	112	223	28	2011	Fisioterapeuta	110	104	28	2011
Informações					Não reconhecimento pelo TST	110	104	28	2011
Atendimento	111	148	28	2011	Lente de contato				
CID	111	148	28	2011	Adaptação	111	160	28	2011

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Honorário	111	160	28	2011	Maurício Marcondes Ribas	109	38	28	2011
Mario Teruo Sato	111	160	28	2011	Pediatria/adolescente	109	38	28	2011
Prescrição	111	160	28	2011	Responsáveis	109	38	28	2011
Reembolso	111	160	28	2011	Monica Cristina da Costa				
Resolução CFM nº 1965/2011	111	160	28	2011	Artigo	111	113	28	2011
Lutero Marques de Oliveira					Morte encefálica				
Artigo	110	76	28	2011	Crítérios	110	83	28	2011
Mamografia					Doador de órgãos	110	83	28	2011
Área de atuação	110	101	28	2011	Maurício Marcondes Ribas	110	83	28	2011
Biópsia de mama	110	101	28	2011	Resolução CFM nº 1480/1997	110	83	28	2011
Operadora de saúde	110	101	28	2011	Parecer CRMPR nº 1232/2000	110	83	28	2011
Ultrassonografia	110	101	28	2011	Resolução CFM nº 1826/2007	110	83	28	2011
Marco Antonio do Socorro Marques Ribas Bessa					Suporte vital	110	83	28	2011
Artigo	110	67	28	2011	Transplante	110	83	28	2011
Mário Braga Abreu					Municípios interligados				
Museu de História da Medicina	111	169	28	2011	Resolução CRMPR nº 184/2010	112	193	28	2011
Mario Teruo Sato					Rio Negro/Porto União	112	193	28	2011
Artigo	111	160	28	2011	Museu de História da Medicina				
Marta Vaz Dias de Souza Boger					Ehrenfried Othmar Wittig	111	169	28	2011
Artigo	111	154	28	2011	Ehrenfried Othmar Wittig	112	232	28	2011
Martins, Gerson Zafalon					Mário Braga Abreu	111	169	28	2011
Artigo	110	89	28	2011	Turma Aló Guimarães	109	56	28	2011
Maurício Marcondes Ribas					Turma de Medicina de 1940	109	56	28	2011
Artigo	109	19	28	2011	Nefrologia				
Artigo	109	38	28	2011	Área de atuação	110	57	28	2011
Artigo	109	40	28	2011	Atestado médico	110	57	28	2011
Artigo	110	83	28	2011	CID	110	57	28	2011
Medicamento					Nova consulta				
Alexandre Gustavo Bley	109	13	28	2011	Consulta	112	191	28	2011
Experimental	109	13	28	2011	Definição	112	191	28	2011
Importação	109	13	28	2011	Reconsulta	112	191	28	2011
Lenalidomida	109	13	28	2011	Resolução CFM nº 1950/2010	112	191	28	2011
Protocolo	109	13	28	2011	Ver consulta médica	00	00	00	00
Registro	109	13	28	2011	Obrigação				
Medicina do trabalho					Ver atestado médico	00	00	00	00
Alta	111	166	28	2011	Obrigatório				
Afastamento	111	166	28	2011	Cadastró	112	198	28	2011
Atestado médico	111	166	28	2011	Inscrição	112	198	28	2011
Capacidade laborativa	111	166	28	2011	Registro	112	198	28	2011
Data do desligamento	111	166	28	2011	Oliveira, Silvio Porto de				
Exame pessoal	111	166	28	2011	Artigo	110	63	28	2011
Fator de agravamento	111	166	28	2011	Artigo	110	76	28	2011
Fator de adoecimento	111	166	28	2011	Operadora de plano de saúde				
Médico assistente	111	166	28	2011	Autonomia	110	59	28	2011
Médico do trabalho	111	166	28	2011	Interferência	110	59	28	2011
Retroatividade	111	166	28	2011	Parecer CFM nº 01/1999	110	59	28	2011
Medicina legal					Prescrição de medicação	110	59	28	2011
Alexandre Gustavo Bley	110	69	28	2011	Resolução Anvisa nº 135/2003	110	59	28	2011
Aula para alunos de medicina	110	69	28	2011	Operadora de saúde				
Especialidade	110	69	28	2011	Contrato	110	79	28	2011
Excluir fisioterapeuta ou advogados	110	69	28	2011	Deixar de fazer exames	110	79	28	2011
Legalidade	110	69	28	2011	Não atender usuários	110	79	28	2011
Professor médico	110	69	28	2011	Pronto atendimento hospitalar	110	79	28	2011
Resolução CFM nº 1627/2001	110	69	28	2011	Ortopedia				
Médico assistente					Cirurgia/clínica	110	89	28	2011
Atestado na alta	111	164	28	2011	Cuidado	110	89	28	2011
Capacidade laborativa	111	164	28	2011	Contratação	110	89	28	2011
Exame pessoal	111	164	28	2011	Revisão	110	89	28	2011
Fator de adoecimento	111	164	28	2011	Pacheco Junior, Alceu Fontana				
Fator de agravamento	111	164	28	2011	Artigo	109	05	28	2011
Fornecer	111	164	28	2011	Palestra				
Keti Stylianos Patsis	111	164	28	2011	Ver publicidade médica	00	00	00	00
Médico do trabalho	111	164	28	2011	Pantaleão, Sergio Ferreira				
Parecer	111	164	28	2011	Artigo	112	219	28	2011
Médico regulador					Paola Andrea Galbiatti Peduzzi				
Internação	110	85	28	2011	Artigo	111	140	28	2011
Leito	110	85	28	2011	Participação em Congresso				
Regulamento	110	85	28	2011	Especialidade	109	32	28	2011
Responsabilidade	110	85	28	2011	Impedimento	109	32	28	2011
Romeu Bertol	110	85	28	2011	Joachim Graf	109	32	28	2011
Urgência/emergência	110	85	28	2011	Não associados	109	32	28	2011
Vaga zero	110	85	28	2011	Parecer CFM nº 03/2008	109	32	28	2011
Menor de idade					Presença	109	32	28	2011
Acompanhamento	109	38	28	2011	Processo-consulta CFM nº 5238/04	109	32	28	2011
Consulta	109	38	28	2011					

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Parto					Política Nacional de Ações de Saúde				
Acompanhamento	109	23	28	2011	Assessoramento	112	205	28	2011
Autorizações prévias	109	23	28	2011	Comitê Nacional	112	205	28	2011
Cirurgia, anestesia	109	23	28	2011	Deficiente	112	205	28	2011
Fotografia/filmagem	109	23	28	2011	Portaria nº 2672/2011	112	205	28	2011
Riscos e cuidados	109	23	28	2011	Política para deficientes				
Trabalho de parto	109	23	28	2011	Comite Nacional	112	205	28	2011
Patsis, Keti Stylianos					Nacional	112	205	28	2011
Artigo	109	17	28	2011	Portaria nº 2672/2011	112	205	28	2011
Artigo	110	95	28	2011	Saúde	112	205	28	2011
Artigo	111	164	28	2011	Portaria nº 2672/2011				
Artigo	111	166	28	2011	Portador de deficiência	112	205	28	2011
Artigo	112	213	28	2011	Preceptor oficial em residência				
Pedruzzi, Paola Andrea Galbiatti					Cirurgia, anestesia	110	74	28	2011
Artigo	111	140	28	2011	Obrigatoriedade	110	74	28	2011
Perícia					Treinamento em serviço	110	74	28	2011
Candidato	110	93	28	2011	Prescrição				
Código de ética	110	95	28	2011	Adaptação	111	160	28	2011
Concurso público	110	93	28	2011	Honorário	111	160	28	2011
Confidencialidade	110	95	28	2011	Lente de contato	111	160	28	2011
Ética	110	93	28	2011	Reembolso	111	160	28	2011
Informação, limite	110	95	28	2011	Resolução CFM nº 1965/2011	111	160	28	2011
Sigilo médico	110	95	28	2011	Prescrição fitoterápica				
Terceirização	110	93	28	2011	Alceu Fontana Pacheco Junior	109	05	28	2011
Periodicidade de exames					Ato médico	109	05	28	2011
Atestado médico	110	71	28	2011	Legalidade	109	05	28	2011
Exame médico	110	71	28	2011	Prescrição médica	109	05	28	2011
Ewald Von Rosen Seeling Stahlke	110	71	28	2011	Prescrição Medicamentosa				
Obrigatoriedade	110	71	28	2011	Auxiliar de cirurgia	109	03	28	2011
Piscina coletiva	110	71	28	2011	Consulta	109	03	28	2011
Pessoas deficientes					Enfermeira	109	03	28	2011
Assessoramento	112	205	28	2011	Internação	109	03	28	2011
Política Nacional	112	205	28	2011	Restrição médica	109	03	28	2011
Portaria nº 2672/2011	112	205	28	2011	Resolução CRMPR nº 1400/1998	109	03	28	2011
Saúde	112	205	28	2011	Responsabilidade	109	03	28	2011
Piscina					Telefone	109	03	28	2011
Atestado médico	110	71	28	2011	Prestação de serviço				
Exame médico	110	71	28	2011	Princípios	112	195	28	2011
Periodicidade	110	71	28	2011	Prestar assistência				
Plano Nacional					Contrato	110	89	28	2011
Ações de saúde	112	205	28	2011	Deixar	110	89	28	2011
Apoio ao deficiente	112	205	28	2011	Emergência	110	89	28	2011
Portaria nº 2672/2011	112	205	28	2011	Plantão	110	89	28	2011
Plantonista					Princípios				
Alexandre Gustavo Bley	109	15	28	2011	Diretos e indiretos	112	195	28	2011
Consulta	109	15	28	2011	Prestação de serviço	112	195	28	2011
Honorários	109	15	28	2011	Relação médica/usuário	112	195	28	2011
Presencial	109	15	28	2011	Problema administrativo				
Pronto socorro	109	15	28	2011	Anestesiista	111	151	28	2011
Sobreaviso	109	15	28	2011	Cooperado	111	151	28	2011
Plantão					Honorários	111	151	28	2011
Afastamento da escala	109	46	28	2011	Reembolso	111	151	28	2011
Arquivos de cópias	111	140	28	2011	Seguro saúde	111	151	28	2011
Atendimento	110	89	28	2011	Proibição				
Atestado médico	111	140	28	2011	Estética/Medicina	109	01	28	2011
Clínico/cirúrgico	110	89	28	2011	Salões/Instituto	109	01	28	2011
Código penal Decreto-lei nº 2848/40	110	89	28	2011	Prontuário				
Contratação	110	89	28	2011	Atestado médico	111	140	28	2011
Desligamento	109	46	28	2011	Plantão	111	140	28	2011
Emergência/urgência	110	89	28	2011	Propaganda				
Gestor	110	89	28	2011	Ver publicidade médica	00	00	00	00
Presencial	109	15	28	2011	Publicações				
Pronto socorro	109	15	28	2011	Conselho Regional de Medicina do PR	112	222	28	2011
Prontuário médico	111	140	28	2011	Impressão digital	112	222	28	2011
Registrar atestado	111	140	28	2011	Impressão papel	112	222	28	2011
Revisão	110	89	28	2011	Publicidade médica				
Sobreaviso	109	15	28	2011	Anúncio	112	213	28	2011
Urgência/emergência	109	46	28	2011	Codame	112	213	28	2011
Vinculação ao hospital	109	46	28	2011	Comunicado	112	213	28	2011
Plantão de emergência					Conceito	112	213	28	2011
Manutenção do especialista	109	19	28	2011	Cuidado	112	213	28	2011
Maurício Marcondes Ribas	109	19	28	2011	Divulgação	112	213	28	2011
Pediatria	109	19	28	2011	Ensino	112	213	28	2011
Pediatria obrigatoriamente	109	19	28	2011	Ética	112	213	28	2011
Resolução CFM nº 1451/95	109	19	28	2011	Keti Stylianos Patsis	112	213	28	2011

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Material	112	213	28	2011	Critérios éticos	110	65	28	2011
Palestra	112	213	28	2011	Exame	110	81	28	2011
Propaganda	112	213	28	2011	Hélcio Bertolozzi Soares	111	135	28	2011
Resolução CFM nº 1701/2003	112	213	28	2011	Honorários	111	135	28	2011
Reconsulta					Laudo	110	81	28	2011
Ambulatório	112	191	28	2011	Medicina de grupo	111	135	28	2011
Conceito	112	191	28	2011	Médicos cooperados	110	65	28	2011
Consulta	112	191	28	2011	Peça	110	81	28	2011
Definição	112	191	28	2011	Piso salarial	111	135	28	2011
Diretor técnico	112	191	28	2011	Plantão	109	15	28	2011
Honorário	112	191	28	2011	Regimento interno	110	65	28	2011
Internação	112	191	28	2011	Resolução Normativa ANS nº 71	111	135	28	2011
Nova consulta	112	191	28	2011	Seguro saúde	111	135	28	2011
Plano de saúde	112	191	28	2011	Tabela	110	65	28	2011
Resolução CFM nº 1958/2010	112	191	28	2011	Ver atestado médico	00	00	00	00
Responsabilidade	112	191	28	2011	Reprodução assistida				
Ver consulta médica	00	00	00	00	Doador temporário	111	145	28	2011
Recusa de informações					Embriões	111	145	28	2011
Atendimento de trabalhador	111	148	28	2011	Ética	111	145	28	2011
Clóvis Marcelo Corso	111	148	28	2011	Útero de aluguel	111	145	28	2011
Consentimento	111	148	28	2011	Útero de substituição	111	145	28	2011
Parecer CRMPR nº 1105/98	111	148	28	2011	Residência em anesthesiologia				
Perícia	111	148	28	2011	Alexandre Gustavo Bley	110	74	28	2011
Relatório médico	111	148	28	2011	Cirurgia	110	74	28	2011
Reembolso					Início e término	110	74	28	2011
Adaptação	111	160	28	2011	Liberação de autonomia	110	74	28	2011
Anestesista	111	151	28	2011	Obrigatoriedade	110	74	28	2011
Anestesista	112	210	28	2011	Presença do preceptor	110	74	28	2011
Cooperado	111	151	28	2011	Presença no ato	110	74	28	2011
Dignidade	112	210	28	2011	Residência	110	74	28	2011
Honorário	111	151	28	2011	Treinamento em serviço	110	74	28	2011
Honorário	111	160	28	2011	Residência em cirurgia				
Honorário	112	210	28	2011	Início e término	110	74	28	2011
Hospital	112	210	28	2011	Liberação de autonomia	110	74	28	2011
Lente de contato	111	160	28	2011	Obrigatoriedade	110	74	28	2011
Pagamento	112	210	28	2011	Presença do preceptor	110	74	28	2011
Prescrição	111	160	28	2011	Treinamento em serviço	110	74	28	2011
Problema administrativo	111	151	28	2011	Resolução Anvisa nº 135/2003				
Honorários	111	151	28	2011	Exigir modificações	110	59	28	2011
Resolução CFM nº 1401/93	111	151	28	2011	Interferência de prescrição	110	59	28	2011
Resolução CFM nº 1965/2011	111	160	28	2011	Operadora de saúde	110	59	28	2011
Seguro saúde	111	151	28	2011	Resolução CFM nº 1480/1997				
Regimento interno					Critérios	110	83	28	2011
Cooperativa	110	65	28	2011	Doador de Órgãos	110	83	28	2011
Hospitais	110	65	28	2011	Morte encefálica	110	83	28	2011
Remuneração	110	65	28	2011	Parecer CRMPR nº 1232/2000	110	83	28	2011
Registro					Suporte vital	110	83	28	2011
Anvisa	109	13	28	2011	Transplante	110	83	28	2011
Cadastro	112	198	28	2011	Resolução CFM nº 1826/2007				
Importação	109	13	28	2011	Morte encefálica	110	83	28	2011
Inscrição	112	198	28	2011	Parecer CRMPR nº 1232/2000	110	83	28	2011
Medicamento	109	13	28	2011	Suporte vital	110	83	28	2011
Resolução CFM nº 1980/2011	112	198	28	2011	Transplante	110	83	28	2011
Registro no CRM					Resolução CRM nº 1958/2010				
Ver inscrição no CRM	00	00	00	00	Consulta médica	112	191	28	2011
Relação médico/paciente/família					Reconsulta	112	191	28	2011
Distanásia	111	154	28	2011	Resolução CFM nº 1642/2002				
Fase terminal de vida	111	154	28	2011	Princípios de registro	112	195	28	2011
Marta Vaz Dias de Souza Boger	111	154	28	2011	Resolução CFM nº 1980/2011				
Termo de consentimento	111	154	28	2011	Registro no CRM	112	198	28	2011
Tratamento	111	154	28	2011	Resolução CFM nº 1958/2010				
Relatório médico					Reconsulta médica	110	111	28	2011
CID	111	148	28	2011	Resolução CRM nº 183/2011				
Consentimento	111	148	28	2011	Estética/Medicina	109	01	28	2011
Informações	111	148	28	2011	Interação	109	01	28	2011
Recusa	111	148	28	2011	Vinculação	109	01	28	2011
Trabalhador	111	148	28	2011	Resolução CRMPR nº 184/2010				
Remuneração					Delegacia de divisa	112	193	28	2011
Anatomopatológica	110	81	28	2011	Divisa de estado	112	193	28	2011
Carlos Alberto Benfatti	110	65	28	2011	Municípios interligados	112	193	28	2011
Comissão Estadual de Honorários					Retorno de consulta				
Médicos	111	135	28	2011	Ver consulta médica	00	00	00	00
Convênio	110	81	28	2011	Revista Médico Residente				
Cooperativa	110	65	28	2011	Ver publicações	00	00	00	00
Cooperativa	111	135	28	2011					

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Ribas, Maurício Marcondes					Tabela de honorários				
Artigo	109	19	28	2011	Cartel	109	28	28	2011
Artigo	109	38	28	2011	Termografia cutânea				
Artigo	109	40	28	2011	Dúvidas	109	17	28	2011
Artigo	110	83	28	2011	Keti Stylianos Patsis	109	17	28	2011
Roberto Issamu Yosida					Validade científica	109	17	28	2011
Artigo	109	23	28	2011	Transplante				
Rodrigo José Felipe					Morte encefálica	110	83	28	2011
Artigo	110	57	28	2011	Resolução CFM nº 1480/1997	110	83	28	2011
Romeu Bertol					Tratamento psiquiátrico				
Artigo	110	85	28	2011	Consentimento	110	67	28	2011
Salões de Beleza					Ética	110	67	28	2011
Interação/Medicina	109	01	28	2011	Marco Antonio do Socorro Marques				
Resolução CRM nº 183/2011					Ribas Bessa	110	67	28	2011
Errata	109	01	28	2011	Tratamento voluntário	110	67	28	2011
Vinculação/Proibição	109	01	28	2011	Tutela jurisdicional do direito à saúde				
Sato, Mario Teruo					Aplicabilidade do direito social	111	113	28	2011
Artigo	111	160	28	2011	Políticas públicas de saúde	111	113	28	2011
Saúde					Portaria MS nº 3916/98	111	113	28	2011
Ações de saúde	112	205	28	2011	Princípios do direito social	111	113	28	2011
Apoio ao deficiente	112	205	28	2011	Ultrassonografia				
Direito	112	173	28	2011	Área de atuação	110	101	28	2011
Judicialização	112	173	28	2011	Biópsia de mama	110	101	28	2011
Medicina	112	173	28	2011	Mamografia	110	101	28	2011
Monografia	112	173	28	2011	Limite	110	101	28	2011
Política nacional	112	205	28	2011	Operadora de saúde	110	101	28	2011
Portaria nº 2672/2011	112	205	28	2011	Urgência				
Sergio Ferreira Pantaleão					Emergência	110	85	28	2011
Artigo	112	219	28	2011	Internação	110	85	28	2011
Serviço público					Regulamento	110	85	28	2011
Atendimento	110	89	28	2011	Vaga zero	110	85	28	2011
Código penal decreto-lei nº 2848/40	110	89	28	2011	Útero de aluguel				
Contrato	110	89	28	2011	Doador temporário	111	145	28	2011
Emergência	110	89	28	2011	Ética	111	145	28	2011
Plantão	110	89	28	2011	Útero de substituição	111	145	28	2011
Público/privado	110	89	28	2011	Útero temporário	111	145	28	2011
Responsabilidade	110	89	28	2011	Útero substituto				
Revisão	110	89	28	2011	Autorização	111	145	28	2011
Sigilo					Embriões	111	145	28	2011
Audiência	110	95	28	2011	Ética	111	145	28	2011
Código de ética	110	95	28	2011	Hélcio Bertolozzi Soares	111	145	28	2011
Confidencialidade	110	95	28	2011	Reprodução assistida	111	145	28	2011
Consentimento	110	63	28	2011	Resolução CFM nº 4957/2010	111	145	28	2011
Disponibilidade de dados	110	63	28	2011	Sessão temporária	111	145	28	2011
Informação, limite	110	95	28	2011	Vaga zero				
Internet	110	63	28	2011	Internação	110	85	28	2011
Keti Stylianos Patsis	110	95	28	2011	Leito	110	85	28	2011
Legalidade	110	63	28	2011	Médico regulador	110	85	28	2011
Paciente internado	110	63	28	2011	Portaria MS nº 2048/2002	110	85	28	2011
Perícia	110	95	28	2011	Regulamento	110	85	28	2011
Silvio Porto de Oliveira					Responsabilidade	110	85	28	2011
Artigo	110	63	28	2011	Urgência/emergência	110	85	28	2011
Soares, Hélcio Bertolozzi					Ver Central Reguladora de leito	00	00	00	00
Artigo	111	135	28	2011	Vinculação				
Artigo	111	145	28	2011	Conceito	109	01	28	2011
Solicitação de exame					Estética	109	01	28	2011
Alexandre Gustavo Bley	111	142	28	2011	Interação	109	01	28	2011
Concurso	111	142	28	2011	Proibida	109	01	28	2011
Consentimento	111	142	28	2011	Resolução CFM nº 183/2011	109	01	28	2011
Consolidação das leis do trabalho	111	142	28	2011	Salões/Medicina	109	01	28	2011
Drogas de abuso	111	142	28	2011	Voluntário				
Exame ocupacional	111	142	28	2011	Consentimento	110	67	28	2011
HIV	111	142	28	2011	Tratamento psiquiátrico	110	67	28	2011
Lei nº 11.343/2006	111	142	28	2011	Wittig, Ehrenfried Othmar				
Stalke, Ewalda Von Rosen Seeling					Artigo	109	56	28	2011
Artigo	109	34	28	2011	Artigo	110	112	28	2011
Artigo	110	71	28	2011	Artigo	111	169	28	2011
Suporte vital					Artigo	112	232	28	2011
Resolução CFM nº 1480/1997	110	83	28	2011	Yosida, Roberto Issamu				
Transplante de órgão	110	83	28	2011	Artigo	109	23	28	2011
Ver morte encefálica	00	00	00	00					

Almanaque de Farmácia do Biotônico - 1933 e 1936

O primeiro número do Biotônico foi editado em 1920. Elaborado e ilustrado por Monteiro Lobato com tiragem de 50.000 exemplares, onde se salientava o Jeca Tatu.

Entre 1930 e 1970, a tiragem oscilou entre 2 e 3 milhões de unidades.

Foi distribuído pelo Instituto Medicamenta de São Paulo Fontoura S.A. Os 2 exemplares do Biotônico constituem parte de uma coleção do Museu de História da Medicina de 12 unidades.

Os almanaques eram distribuídos nas farmácias, em geral no mês de dezembro. Nas cidades do interior era muito procurado. Nesta época passávamos na farmácia e perguntava se há haviam chegado e, gratuitamente, a população recebia de brinde. O que motivava mais, era buscá-lo pelas curiosidades, interessantes informações sobre o tempo, melhores datas de pescaria, para a plantação de verduras ou árvores frutíferas etc.e pela gratuidade, para quem não podia comprar um gibi. O almanaque Biotônico recebeu posteriormente o nome de Almanaque Fontoura. São testemunhas de um tempo e o Museu dispõe de uma centena de exemplares das mais diferentes denominações. O Biotônico é ainda hoje produzido.

Doação - Ehrenfried Wittig.

Dimensões: 14 x 19,5 cm

Reprodução: Capa e embalagem



Palavras-chave - Museu de medicina, História da medicina, Almanaque Biotônico

Key-words - Medicine history, Medicine Museum, Almanac Biotônico

* Diretor do "Museu de História da Medicina" da Associação Médica do Paraná.

Prof. Adjunto de Neurologia (apos.) do Curso de Medicina no Hospital de Clínicas, da Universidade Federal do Paraná – UFPR.

Para doações e correspondência: Secretaria: Fone 041. 3024-1415 • Fax - 041 3242-4593

• E-mail: amp@amp.org.br • Rua Cândido Xavier nº 575 - 80240-280 - Curitiba-PR

Visite o Museu em nosso site www.amp.org.br

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
COMISSÕES DE TRABALHO - GESTÃO 2008/2013
DELEGADOS REGIONAIS 2008-2013

1 - Depto. de Fiscalização do Exercício Profissional (DEFEP)

Cons. Donizetti Dimmer Giamberardino Filho
E-mail: defep@crmpr.org.br

2 - Depto. de Divulgação de Assuntos Médicos (CODAME)

Cons.ª Keti Stylianos Patsis (coordenadora), Mario Teruo Sato e Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
E-mail: codame@crmpr.org.br

3 - Comissão de Qualificação Profissional

Cons. Zacarias Alves de Souza Filho (coordenador), Joachim Graf e Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
E-mail: cqp@crmpr.org.br

4 - Comissão de Tomada de Contas

Conselheiros Maurício Marcondes Ribas (coordenador), Clóvis Marcelo Corso e Gustavo Justo Schulz
E-mail: cmpr@crmpr.org.br

5 - Comissão de Licitação

Adv. Afonso Proença Branco Filho e funcionários Bruno Roberto Michna e Maria Arminde de Souza
E-mail: protocolo@crmpr.org.br

6 - Comissão de Ensino Médico

Cons. Joachim Graf e Hélio Bertolozzi Soares
E-mail: cmpr@crmpr.org.br

7 - Comissão de Saúde do Médico

Cons. Marco Antonio do Socorro M. R. Bessa (coordenador), Roseni Teresinha Florencio, Wilmar Mendonça Guimarães e Romeu Bertel
E-mail: saudedomedicor@crmpr.org.br

8 - Comissão de Comunicação

Conselheiros Ehrenfried Othmar Wittig (coordenador), Carlos Roberto Goytacaz Rocha, Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Gerson Zafalon Martins, Hélio Bertolozzi Soares, Luiz Salim Emed e Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, Dr. João Manuel Cardoso Martins e jornalista Hemari Vieira.
E-mail: imprensa@crmpr.org.br

9 - Comissão Parlamentar

Conselheiros Luiz Salim Emed (coordenador), Carlos Roberto Goytacaz Rocha, Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Hélio Bertolozzi Soares, Gerson Zafalon Martins e Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho.
E-mail: cmpr@crmpr.org.br

10 - Comissão de Patrimônio

Conselheiros Monica De Biase Wright Kastrop, Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke, Darley Rugeri Wollmann Júnior e funcion. Maria Arminde de Souza.
E-mail: cmpr@crmpr.org.br

11 - Comissão Estadual de Honorários Médicos

Conselheiros Carlos Roberto Goytacaz Rocha, Hélio Bertolozzi Soares, Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho e Sérgio Maciel Molteni.
E-mail: cmpr@crmpr.org.br

12 - Comissão Estadual de Defesa do Ato Médico

Cons. Sérgio Maciel Molteni (coordenador), Alexandre Gustavo Bley, Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, Luiz Salim Emed e Roseni Teresinha Florencio.
E-mail: cmpr@crmpr.org.br

13 - Comissão de Cooperativismo Médico

Cons. José Clemente Linhares (coordenador), Sérgio Maciel Molteni, Gustavo Justo Schultz e Roberto Issamu Yosida.
E-mail: cmpr@crmpr.org.br

Delegacia do CRMPR em Apucarana

Dr. Adalberto Rocha Lobo
Dr. Ângelo Yassushi Hayashi
Dr. Artur Palu Neto
Dr. Hélio Kiyoshi Hossaka
Dr. Jaime de Barros Silva Júnior
Dr. Leonardo Marchi
Dr. Pedro Elias Batista Gonçalves
Dr. Pieker Fernando Migliorini

Delegacia do CRMPR em Campo Mourão

Dr. Antônio Carlos Cardoso
Dr. Carlos Roberto Henrique
Dr. Dairton Luiz Legnani
Dr. Fábio Sinisgalli Romanelo Campos
Dr. Fernando Duglosz
Dr. Homero César Cordeiro
Dr. Manuel da Conceição Gameiro
Dr. Marcos Antônio Corpa
Dr. Rodrigo Seiga Romildo
Dr. Romildo Joaquim Souza

Delegacia do CRMPR em Cascavel

Dr. Amauri Cesar Jorge
Dr. André Pinto Montenegro
Dr. Cláudio Jundi Kimura
Dr. Hi Kyung Ann
Dr. Keith de Jesus Fontes
Dr. Miguel José Elvira
Dr. Paulo César Miliãto da Silva
Dr. Tomaz Massayuki Tanaka

Delegacia do CRMPR em Foz do Iguaçu

Dr. Alexandre Antônio de Camargo
Dr.ª Francine Sberni
Dr. Isidoro Antônio Villamayor Alvarez
Dr.ª Jacilene de Souza Costa
Dr. José Fernando Ferreira Alves
Dr. Luiz Henrique Zaions
Dr. Marco Aurélio Farinazzo
Dr. Michel Cotait Júnior
Dr. Rodrigo Lucas de Castilho Vieira
Dr. Tomas Edson Andrade da Cunha

Delegacia do CRMPR em Guarapuava

Dr. Ângelo Henrique França
Dr. Antônio Marcos Cabrera Garcia

Dr. Arnaldo Tomiô Aoki
Dr. Cicero Antônio Vicentin
Dr. Francisco José Fernandes Alves
Dr. Frederico Eduardo Warpechowski Virmond
Dr. Jean Boutros Sater
Dr. Lineu Domingos Carleto Júnior
Dr. Marcos Hernandes Tenório Gomes
Dr.ª Rita de Cássia Ribeiro Penha Arruda

Delegacia do CRMPR em Londrina

Dr. Alvaro Luiz de Oliveira
Dr.ª Alessandra Luiz Spironelli
Dr. Bruno Scardazzi Pozzi
Dr. Ivan José Blume de Lima Domingues
Dr. Jan Walter Stegamann
Dr. João Henrique Steffen Júnior
Dr. Mário Machado Júnior
Dr. Naja Nabut
Dr.ª Rosana Hashimoto

Delegacia do CRMPR em Maringá

Dr.ª Adriana Domingues Valadares
Dr. Aldo Yoshissuke Taguchi
Dr. Luiz Alberto Mello e Costa
Dr. Márcio de Carvalho
Dr. Marcos Victor Ferreira
Dr. Natal Domingos Gianotto
Dr. Raul Bendim Filho
Dr. Ruzzi Nakamishi
Dr. Vicente Massaji Kira

Delegacia do CRMPR em Paranavai

Dr. Atílio Antônio Mendonça Accorsi
Dr. Cleonir Mortiz Rakoski
Dr. Donival Rico
Dr.ª Hortensia Pereira Vicente Neves
Dr. Jorge Luiz Pelisson
Dr. José Eloy Mendes Tramontin
Dr.ª Leila Maia
Dr. Luís Francisco Costa
Dr. Luiz Carlos Cerveira
Dr. Marcelo Sebastião Reis Campos Silva

Delegacia do CRMPR em Pato Branco

Dr. Ayrton Martin Maciozek
Dr. Celito José Ceni
Dr. Geraldo Sulzbach
Dr. Gilberto José Lago de Almeida
Dr. Gilmar Juliani Biscacia
Dr. Ildefonso Amoedo Canto Júnior
Dr. José Renato Pederiva
Dr.ª Vanessa Bassetti Prochmann

Delegacia do CRMPR em Ponta Grossa

Dr.ª Ana Paula Ditzel
Dr. Carlos Alexandre Fernandes
Dr. Marcelo Jacomel
Dr. Meiersson Reque
Dr. Northon Arruda Hilgemberg
Dr. Plácido da Trindade Machado
Dr. Rubens Adao da Silva

Delegacia de Divisas em Rio Negro/Mafra-SC

Dr. Francisco Mário Zaccolla
Dr. Jacy Gomes
Dr. Jonas de Mello Filho
Dr. Leandro Gastim Leite
Dr. Richard Andrei Marquardt
Dr.ª Rita Sibebe Schiessel Flores

Delegacia de Fronteira do CRMPR em Sto. Ant.ª da Platina

Dr. Ari Orlandi
Dr. Celso Aparecido Gomes de Oliveira
Dr. Carlos Maria Luna Pastore
Dr.ª Elizabeth Candido da Lozzo
Dr. José Mário Lemes
Dr. Jorge Cendon Garrido
Dr. Sérgio Bachtold
Dr.ª Sílvia Aparecida Ferreira Dias Gonçalves

Delegacia do CRMPR em Toledo

Dr. Eduardo Gomes
Dr.ª Ely Brondi de Carvalho
Dr. Fábio Scarpa e Silva
Dr. Ivan Garcia
Dr. José Afrânio Davidoff Júnior
Dr. José Carlos Bosso
Dr. José Maria Barreira Neto
Dr. Roberto Simeão Roncato
Dr. Sérgio Kazuo Akiyoshi
Dr. Valdeci Fae

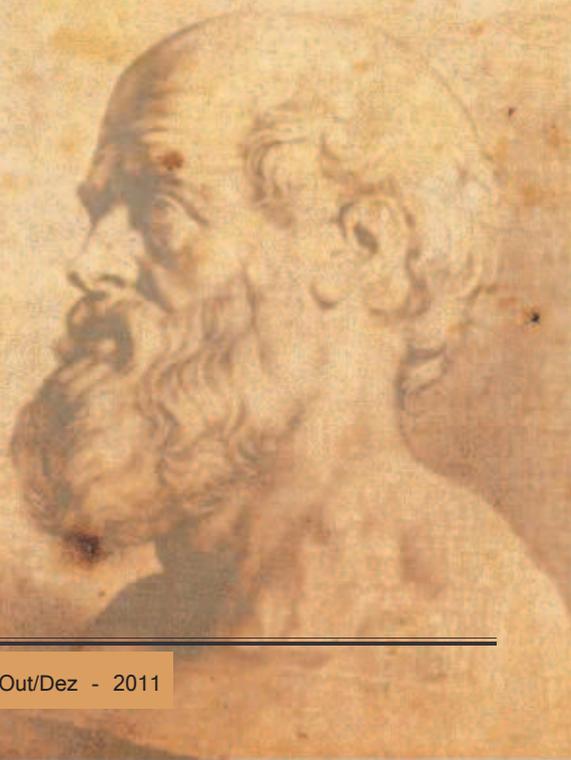
Delegacia do CRMPR em Umuarama

Dr. Alexandre Thadeu Meyer
Dr. Fernando Elias Mello da Silva
Dr. Francisco Munoz Del Claro
Dr. Guilherme Antônio Schmitt
Dr. Ivan José Cardoso Frey
Dr. Jansen Rodrigues Ferreira
Dr. João Jorge Hellú
Dr. Juscelino de Andrade
Dr. Mauro Acácio Garcia
Dr. Osvaldo Martins de Queiroz Filho
Delegacia de Fronteira em União da Vitória/Porto União-SC
Dr. Ayrton Rodrigues Martins
Dr. Renato Hobi
Dr. Cláudio de Melo
Dr. Eduardo Bonilauri Sems

ISSN 0104 - 7620

ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná



ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO
Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre
Curitiba - Paraná - CEP 80810-340

v.28 - n.112 - Out/Dez - 2011