

# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina  
do Paraná

PORTE PAGO

DR/PR

ISR-48-189/84

**IMPRESSO**

janeiro/março/87 - ano IV - n.º 13

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

## DIRETORIA:

Presidente:	Cons. Luiz Carlos Sobania
Vice-Presidente:	Cons. Farid Sabbag
1º Secretário:	Cons. Nelson Egydio de Carvalho
2º Secretário:	Cons. José Antonio Maingué
Tesoureiro:	Cons. Maurizio Pedrazzani

## CONSELHEIROS 83 a 88

### MEMBROS EFETIVOS

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

### SUPLENTE

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

Consultor Jurídico: Dr. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque

\* Licenciado

## SUMÁRIO

Admissão e Demissão do corpo clínico hospitalar	04
Privacidade e sigilo em informática médica	06
Diplomas - Registro obrigatório	11
Informações sobre prontuário?	12
Colocar o CID e história clínica no pedido da AIH para o INAMPS é anti-ético?	14
265 Hospitais já registrados no CRM - e o seu?	16
Anúncios - publicidade - entrevistas - como proceder	18
Acórdão 007/86	21
Acórdão 006/86	23
CRM - Relatório Atividades 1986	24
Informação à Denunciante e Imprensa - Processo	26
Soc. Médica de Araçongas - Consulta	28
Prescrição - uso de drogas e especialidades farmacêuticas - novas instruções	30
Assessoria Jurídica - Relatório Anual	45
Cancelamento de inscrição por falta de pagamento?	47
Estatutos do Homem	49
Pesquisas farmaco-clínicas no Brasil - Ética e normatização	51
Direito de internar - consulta	53
Auxiliar Cirúrgico Médico - Auxiliar de Nível Técnico	58
Arquivamento de resultados de exames laboratoriais - obrigatoriedade	60
Resolução CFM-672/75 - A responsabilidade contínua do médico	61

### CORPO EDITORIAL

Ehrenfried Wittig  
Antonio L. Oliva Filho  
Jackson Herrera

### IMPRESSÃO

Composição e impressão  
Comunicare  
Fone (041) 253-4233

Tiragem 9.000 exemplares

Capa

Criação: José Oliva, Eduardo  
Martins e Cesar Marchesini.

Fotografia: Bia

Os artigos assinados são de inteira responsabilidade dos autores, não representando, necessariamente a opinião do CRM-Pr.

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", órgão oficial de divulgação do CRM-Pr, é enviado trimestralmente a todos os médicos inscritos neste Conselho, à Bibliotecas Universitárias, Conselhos e Associações Médicas do Brasil.



# Admissão - Demissão do Corpo Clínico Hospitalar

Resolução CRM nº 018/86

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3268, de 30 de setembro de 1957 e regulamentada pelo Decreto nº 44045, de 10 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a necessidade de harmonizar as relações entre o **CORPO MÉDICO** e o **CORPO ADMINISTRATIVO DOS HOSPITAIS**, no que concerne a admissão e demissão de médicos;

CONSIDERANDO a necessidade de garantir ao médico o exercício da profissão e preservação de sua atividade nos hospitais;

## RESOLVE:

1) — É considerado **CORPO MÉDICO**, aquele composto de um ou mais médicos, aos quais é deferido o direito de internar pacientes e usufruir das instalações do hospital.

2. — O **CORPO MÉDICO** se comporá das seguintes categorias:

a) **EFETIVOS**, profissionais aprovados para o exercício da profissão no hospital, em caráter permanente.

b) **TEMPORÁRIOS**, profissionais aprovados para o exercício da profissão no hospital, em caráter provisório ou transitório.

c) **EVENTUAIS**:

1) **OCASIONAIS**,\* profissionais que não fazendo parte do hospital, possam eventualmente internar seus pacientes, desde que devidamente autorizados pelo **DIRETOR CLÍNICO** ou **DIRETOR MÉDICO**.

2) **CONSULTORES**, profissionais que, embora não internem habitualmente pacientes no hospital, aceitam colaborar quando eventualmente solicitados.

3) **RESIDENTES, ESTAGIÁRIOS E VOLUNTÁRIOS**, profissionais vinculados ao programa de ensino e treinamento, de acordo com a legislação específica.

#### DA ADMISSÃO

3) Para ingressar no **CORPO MÉDICO**, em quaisquer de suas categorias, o candidato deverá requerer sua inscrição a **DIREÇÃO DO HOSPITAL**, anexando os seguintes documentos:

a) - Ficha de inscrição devidamente preenchida, onde deverão constar todos os documentos de identificação e área de interesse de trabalho.

b) - "Curriculum Vitae", onde deverão ser expostos, especialmente, os elementos informativos da área de interesse.

c) - Carteira do Conselho Regional de Medicina.

4) A documentação deverá ser protocolada e encaminhada à **DIREÇÃO DO HOSPITAL**, a qual formulará parecer quanto aos interesses da inclusão, encaminhando posteriormente ao **DIRETOR CLÍNICO**, para igual providência.

5) A **DIREÇÃO DO HOSPITAL** e o **DIRETOR CLÍNICO**, terão até 30 (trinta) dias para proferirem, por escrito, seus pareceres.

6) O **DIRETOR CLÍNICO**, fará a apresentação dos pedidos e pareceres mensalmente, em reunião do **CORPO MÉDICO**. Em reunião do **CORPO MÉDICO**, apenas os efetivos tem direito a voto, decidindo por maioria simples. Em caso de impasse, uma reunião conjunta do **CORPO MÉDICO** e da **DIREÇÃO DO HOSPITAL**, será convocada e em persistindo, a decisão final competirá ao Conselho Regional de Medicina.

7) A necessidade de maior número de profissionais no **CORPO MÉDICO** de um hospital, será baseado num comum acordo de interesses e necessidades, observando-se os seguintes pontos:

a) Número de leitos do hospital;

b) Número de pacientes atendidos mensalmente;

c) Número de salas de cirurgia;

d) Número de profissionais já integrados;

e) Renovação de técnicas de atendimento

8) As internações de emergência serão deferidas obrigatoriamente ao profissional solicitante.

#### DA DEMISSÃO

9) A demissão de membro do **CORPO MÉDICO**, em quaisquer de suas categorias, será precedida de instalação de Comissão de Sindicância, na qual será dado o direito de ampla defesa ao profissional.

10) A Comissão de Sindicância será instalada por iniciativa do **CORPO MÉDICO** ou da **DIREÇÃO DO HOSPITAL** e deverá constar de peça inicial por escrito, onde serão especificadas as razões para o seu processamento.

1) A defesa do profissional indiciado deverá ser por escrito e lhe deve ser deferido o direito de produzir provas.

12) A decisão final competirá aos membros efetivos do **CORPO MÉDICO**, em conjunto com a **DIREÇÃO DO HOSPITAL**.

13) A Comissão de Ética regularmente constituída, poderá substituir a Comissão de Sindicância.

14) Ao Conselho Regional de Medicina caberá, no prazo de 30 (trinta) dias, recurso para deliberar das decisões proferidas no que concerne as demissões de médicos.

Sala de Sessões

Aprovado em Sessão  
Plenária em 6/10/86

Curitiba, 06 de outubro de 1987

Cons. LUIZ CARLOS SOBANIA  
Presidente

\* Nota da Redação - Vide Arquivos nº 12 pág. 05

# PRIVACIDADE E SIGILO EM INFORMÁTICA MÉDICA

Genival Veloso de França\*

Embora estejamos ainda nos primórdios da Informática, já são concretos os recursos do processamento eletrônico de dados, não só nas atividades administrativas, mas, também, no conjunto das necessidades do homem, notadamente no campo da biomédica e dos serviços de saúde.

Sabe-se de antemão, que seu emprego em medicina esbarrará num sério obstáculo: como resolver a questão do raciocínio aproximado, quando tudo ou quase tudo se fundamenta na formulação de hipóteses, em que o programador cria um padrão básico e decide sobre a escolha da versão ou das versões finais.

Mesmo assim, ninguém discute hoje a grande contribuição que a Informática vem emprestando à Medicina: no uso dos pacotes estatísticos para análise de problemas epidemiológicos, no registro de dados médicos em pacientes de ambulatório ou hospital, na utilização de calculadores em programação estatística, na automatização de exames laboratoriais e imagiológicos, na sistematização da gerência hospitalar ou consultorial, no planejamento da terapia de massa, além de outros recursos utilizados na pesquisa e no ensino médico.

Tudo isso, levando-se em conta o fato de não estarmos ainda utilizando toda capacidade dos computadores. Acreditamos que num futuro bem próximo eles terão um papel mais importante e decisivo, principalmente no sentido de ampliarmos mais o número de informações e o seu poder comparativo, através de uma memória infalível, de uma capacidade de calcular sem erros e de uma alta velocidade dos seus registros. Isso não quer dizer que se deve esperar tudo dos computadores, principalmente no que diz respeito à sua capacidade de decisão lógica.

A verdade é que o diagnóstico médico computadorizado tem sensibilizado clínicos e programadores de sistemas a se debruçarem mais detidamente sobre a questão. Mesmo que exista um grande número de projetos de pesquisa nesse setor, o assunto permanece no terreno das especulações, onde se confrontam ainda os métodos tradicionais com as propostas da Cibernética atual. Apesar de todo avanço e das necessidades de atender as grandes demandas, o certo é que dificilmente se alcançará o nível do diagnóstico humano. No entanto, o sistema computadorizado apresenta uma maior capacidade de absorção e sofisticação dos programas, uma grande quantidade de informações fora do alcance do especialista e uma espantosa rapidez de cálculos. Ao lado disso, não se pode omitir os riscos da superdependência da máquina e a discutível perda de tempo com os fatos típicos.

## Os Riscos

Há de existir determinados critérios, senão o homem poderá ter sua vida controlada pela máquina, ficando a mercê de uma nova ordem de burocratas e programadores, capazes de concentrar em suas mãos um terrível poder: o da informação. E assim, pode correr o risco de todo cidadão ser transformado em prisioneiro do Estado ou em vítima das injúrias eletrônicas, com a possibilidade de ser manipulado por interesses domi-

Trabalho apresentado no I Encontro Nacional de Informática Médica em Brasília, em Novembro de 1985.

\* Membro do Conselho Federal de Medicina.

nantes, onde grupos privilegiados terão o poder de pressão sobre o segmento social mais fraco, através da mentira, da fraude e da ilusão. Af, começaríamos a penetrar num terreno ético e político muito nebuloso.

Há de se combater também a utopia do racionalismo - devaneio da nova tecnocracia, senão o sistema vai aniquilar o homem, já tragicamente aniquilado, impondo-se outros valores, onde poucos pensam e decidem por todos, o que contraria os mais elementares princípios democráticos.

## A dimensão política do problema

Por mais frias e racionais que sejam as formas de análise e processamento eletrônico de dados no campo da saúde, ninguém pode considerá-las impessoais. Quando todas essas informações, integradas num sistema de programação, estiverem nas mãos dos grupos dominantes, é muito fácil de entender sua capacidade de dominação. A única forma de proteção é colocar a informação no âmbito do conhecimento geral, onde cada indivíduo não só possa ter acesso ao conteúdo programado, mas, ainda, na sua forma de utilização.

Somente gerenciando politicamente a informação, desbancando a crueza e a insensibilidade da Informática, e organizando as comunidades nas suas propostas e nos seus anseios, pode-se garantir seu melhor uso na sociedade.

A conquista no campo da Informática deve passar por um processo que aponte a independência e a competência de um país na luta pelo seu desenvolvimento. No entanto, a simples importação da máquina e de seus programas, além do perigo da alienação, dá subserviência e da colonização tecnológica, traz as graves repercussões no campo da economia e da segurança nacional. E o maior risco está na dependência do "software".

Portanto, o grande desempenho da computação eletrônica de dados está na sua proposta política, onde a informação retida seja capaz de mudar o pensamento e ampliar as liberdades das pessoas. O problema tecnológico ou científico é irrelevante.

## Privacidade e Sigilo

Até pouco tempo, tinha-se a idéia de que toda informação sobre o corpo de alguém, inclusive a informação médica, era confidencial. E em parte é. Por isso, ninguém discute a validade de outros tipos de informações. Todavia, as de caráter pessoais necessitam ser discutidas e analisadas dentro de um sistema ético preciso, de um processo seguro e do concurso de pessoas estritamente responsáveis.

Quanto maior for o número de informações manipuladas num programa de computador, maior será o risco da proteção da confidencialidade, através das quebra do sigilo de fatos que normalmente se quer preservar. Não existe nenhuma informação que não traga consigo uma série de conseqüências.

Todo homem tem o direito de se proceder da arbitrária e desnecessária indiscrição sobre fatos de sua vida, principalmente quando se admite mantê-los em segredo. E a sociedade tem de ser solidária nesse projeto, como forma de não prejudicar a vida de relação. A violação do sigilo profissional é uma circunstância que compromete a liberdade individual e os interesses de ordem coletiva.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos assegura "o direito de cada pessoa ao respeito da sua vida privada". E o Código Brasileiro de Deontologia Médica, em vigor desde 27 de abril de 1984, também resguarda esse direito nos Princípios VI, X e XIV, e nos arts. 44 a 49, reconhecendo a proteção da privacidade e a garantia contra as ingerências nos fatos que surgem do relacionamento entre o médico e o paciente.

A privacidade de um indivíduo é, pois, uma conquista consagrada em todas as sociedades organizadas, um princípio constitucional e um ganho amplamente protegido pelo direito público, regulamentado em nosso país pelo Código Penal. A natureza confidencial do relacionamento médico-paciente é aceita pelos médicos como da maior importância e exigida também pelos pacientes. Entretanto, existe uma tendência cada vez maior da intromissão do poder público no segredo médico.

O que se verifica na prática da manipulação de dados pessoais, é a dificuldade de

se adaptar as estruturas existentes da guarda do segredo médico às situações novas, agora, mais e mais assimiladas pela Informática.

Mesmo assim, é preciso permanecer viva a idéia de que o segredo não é um privilégio do médico, mas uma conquista da sociedade, no sentido de proteger a privacidade do indivíduo como base da relação confidencial, entre o paciente e seu médico. Todo esforço da sociedade deve ser, portanto, no sentido de assegurar à profissão médica os meios necessários para que esse direito fundamental do cidadão seja reconhecido.

Todavia, esse conceito há de ser relativo. O que se protege não é a vontade caprichosa ou arbitrária de alguém ter a exclusiva disponibilidade dos próprios segredos. O que se tutela é o bem comum. No instante em que exista uma possibilidade concreta de dano individual ou coletivo, a vontade da manutenção do sigilo e o princípio protetor da privacidade deixam de se conciliar com o interesse comum.

Há três formas de relacionamento profissional entre o médico e um indivíduo, nas quais a necessidade do indivíduo, a limitação do médico e a relação entre ambos são diferentes. Na primeira forma de relação o indivíduo pode consultar o médico como paciente. Nesse caso o médico age dentro dos interesses do paciente e é responsável por suas ações. Na segunda, o médico pode agir no seu próprio interesse, quando participa de um projeto em favor do avanço da ciência. E finalmente, quando ele age no interesse de um grupo de pessoas. Nesse raciocínio, quando as informações obtidas estão acima do interesse clínico, o paciente pode exigir a limitação da informação que ele presta.

Assim, a natureza da confiança varia de acordo com as formas da relação e dos procedimentos, mesmo que nas três formas acima relacionadas o médico seja responsável pelo indivíduo ou pelo paciente, dentro de um critério profissional em favor da segurança das informações prestadas.

O médico deve preservar o segredo em tudo que sabe. No entanto, existe basicamente cinco exceções dentro desses princípios gerais: 1. quando o paciente permite a quebra do sigilo; 2. quando em favor do paciente mesmo sem o seu consentimento; 3. quando no dever inalienável com a sociedade; 4. quando no interesse da pesquisa, desde que autorizado pelos Conselhos; 5. quando as informações são requeridas no andamento de uma ação judicial.

## Situações Especiais

**1. Erro de Informação.** Não se chegou ainda a uma definição pacífica sobre quem recai a responsabilidade pelo mau uso de uma informação correta. No entanto, é consensual que o texto médico programado, por cópiação ou depoimento, não pode deixar de ter o crivo médico. Nesse caso, o médico responsável assume o ônus da informação incorreta. Se a avaliação não passou pela avaliação médica, a responsabilidade é inteiramente do programador. E se a informação é grosseiramente absurda e é utilizada pelo médico, responde ele pela utilização indevida. O exemplo que nos ocorre no momento é o de uma certa informação sobre vacinação de sarampo aos 17/19 meses de vida, quando essa programação fora implantada de outra realidade histórica, cultural e sócio-econômica diferente da nossa.

**2. Informação sobre prontuários médicos.** A medida que o sistema tradicional de arquivo médico vai se tornando obsoleto, e quando os prontuários médicos passam a ser cada vez mais usados nos cuidados dispensados aos pacientes, o processamento eletrônico de dados nesse setor passa a ser quase incondicional. Acrescente-se a isso a complexidade e a variedade das ações saúde, a movimentação progressiva das populações, e a necessidade de se planejar adotar e avaliar melhor os programas.

Ao lado disso, surge um número muito variado de pessoas interessadas nos registros desses prontuários que, direta ou indiretamente, está vinculado ao paciente, como familiares, médicos assistentes, administradores de instituições hospitalares e representantes do Poder Judiciário. Dessa forma, começam a ser levantadas questões ligadas ao sigilo e à proteção da privacidade do indivíduo, ainda que se reconheça o direito desses terceiros.

A primeira medida a ser tomada pela instituição é ter um critério definido do uso e da revelação dessas informações, no sentido de que apenas se limitem ao essencial e ao



justo fim invocado. Além do mais que esse pedido de informação seja por escrito, que exista o consentimento também por escrito do paciente, quando capaz, ou de seu representante legal. Fora desse consentimento, apenas por solicitação judicial ou por razões de imperiosa e indiscutível relevância social ou moral.

**3. Informações sobre Incapazes.** Se um indivíduo é maior de idade e exerce sua plena capacidade de fato ou de agir, tem ele o direito, dentro dos limites que a lei e os costumes permitem, de decidir sobre o que pode ou não pode ser revelado a respeito dos seus registros primário e secundário. O mesmo não acontece com os incapazes — menores de 16 anos, insanos mentais, surdos-mudos que não puderem exprimir sua vontade e os ausentes declarados por ato judicial, por não poderem exercer por si os atos da vida civil. As informações médicas relativas a cada um deles só podem ser reveladas pelos pais, se estiverem no exercício do pátrio-poder. Caso contrário, para os menores de 16 anos seu representante legal será o tutor, e para os incapazes maiores de 16 anos, o curador. Os maiores de 16 e menores de 21 anos, os pródigos e os silvícolas podem prestar informações. Quando não estiverem acompanhados ou assistidos pelos seus representantes legais, e desde que não contestados, o ato de informar torna-se perfeito.

**4. A obrigação de proteger o prontuário.** Todo paciente espera que as informações prestadas sejam mantidas como confidenciais. E é o hospital que deve promover a guarda desse sigilo, tendo o uso dessas informações a dimensão da própria necessidade do paciente. Qualquer que seja a graduação do servidor no hospital, tem ele a obrigação de manter a reserva do conteúdo do prontuário, respondendo, assim, legal e disciplinarmente pela revelação não autorizada da informação. Por isso, não se exige a autorização do paciente para o manuseio interno do prontuário.

**5. O uso do prontuário na pesquisa.** Após cuidadosas análises dos propósitos, da qualidade e dos critérios da pesquisa, pode o hospital estabelecer regras no uso das informações programadas, contato que a privacidade do informado seja preservada e o pesquisador assine um termo de responsabilidade pela quebra da confidência que devia ser mantida. Ou, com a devida concordância de cada paciente.

**6. Quando e como revelar.** As informações que necessariamente exigem a identificação do paciente só podem ser fornecidas com o seu expresso consentimento ou do seu representante legal, a não ser que a solicitação proceda em decorrência da lei ou de solicitação judiciária, ou quando as circunstâncias obriguem em favor da segurança e da saúde do paciente, em favor do bem coletivo já expresso nos regulamentos sanitários e na lei dos requisitos de nascimento e óbito, e da notificação compulsória de doenças transmissíveis. Ainda assim, a revelação deve se limitar ao que é necessário e relevante, tendo-se o cuidado de indicar o solicitante, os objetivos e o limite de tempo da validade da informação.

**7. A autorização do paciente.** Quando o paciente é capaz, a melhor forma de se obter a autorização é por escrito, ou de seu representante legal quando incapaz ou menor. Todavia, essa permissão do paciente deve ser precedida de explicações detalhadas e em linguagem acessível da sua doença, do seu direito de recusa, além do conhecimento de quem e porque se pede a revelação. Ou seja, o paciente deve saber o que está consentindo. Por outro prisma, saber também o que e quando ele pode consentir, e o que seja representante legal, pois nem toda espécie de parentesco qualifica o indivíduo como tal. Por isso, nem toda autorização justifica uma revelação pelo médico. Basta, para tanto, que ele esteja corretamente consciente da improcedência e da inviabilidade da informação. O consentimento tem de ser analisado no conjunto dos interesses de todos quanto possam ser envolvidos.

**8. Acesso à informação pelas empresas.** Mesmo que um hospital ou serviço de saúde tenha convênio de assistência médica com empresas públicas ou privadas, estas não podem ter acesso às informações pessoais dos seus empregados. Isso, além de ferir fundamentalmente o direito da privacidade do indivíduo, jamais poderia constar como cláusula contratual, ressalvando-se, é claro, as circunstâncias que a lei prevê. Tal procedimento pode criar situações de constrangimento ao trabalhador, quando relatado seu mal, principalmente se ele é portador de doença crônica que lhe afastará outras vezes do trabalho. Uma revelação dessa natureza é prejudicial ao empregado, compromete-

dora da fé pública e ostensivamente ilegal por se colocar em franco conflito com nossa legislação.

**9. O direito de saber sua verdade.** Em tese, o paciente tem o direito de saber todas as informações registradas num banco de dados sobre sua pessoa e sobre suas condições de saúde. Não só a verdade como a atualização do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico. Tudo isso em termos fáceis ao seu entendimento, fugindo-se da linguagem cifrada dos técnicos, de modo a não criar interpretações duvidosas. No entanto, se o médico admite que essas informações podem contribuir negativamente para o seu estado de ânimo, trazendo-lhe mais prejuízo que vantagens, podem essas informações ser minimizadas ou omitidas. O paciente também tem o direito de saber se o sistema que mantém suas informações é confiável e seguro, principalmente no que diz respeito às informações secundárias, capaz de identificá-lo fora do interesse médico.

**10. Tempo de guarda de informação.** Embora não exista nenhuma legislação no que se refere ao tempo de manutenção dos registros médicos de um paciente, acreditamos que cada setor de especialidade deva estabelecer seus próprios critérios de guarda desses dados. É necessário que se considerem as informações de interesse permanente, as de interesse transeunte, de doenças crônicas, de sequelas grosseiras e as de cura permanente. Os dados relativos aos registros secundários, capazes de identificar o paciente, deverão ser mantidos, em média, por um período de cinco anos. E se antes desse prazo o registro secundário for desnecessário e indesejável, deve ser apagado do sistema.

## Conclusões

1. A coleta, o uso, a manutenção e a divulgação da informação médica pode ameaçar o direito de privacidade do paciente.

2. A violação da confidencialidade da informação médica é crime perante a lei e infração ética contida no Código de Deontologia Médica.

3. Exigir das Associações Médicas nacionais todo cuidado possível para que os programas de computação na área médica garantam o segredo, para o bem do paciente, da sociedade, agora e no futuro.

4. Requerer das associações de programadores de sistemas o cuidado no processamento de dados que possam por em perigo o direito do paciente em manter sua privacidade, sob pena de sanção penal.

5. Criar uma estratégia em que os bancos de dados médicos devam estar disponíveis apenas para o profissional médico e que o sistema não tenha ligação com outros bancos de dados.

6. Eliminar ao máximo os dados pessoais que não necessitem ser programados.

7. Desencorajar os programas de receitadores automáticos de medicamentos em terminais caseiros.

8. Requerer dos Conselhos de Medicina que elaborem documentos específicos sobre a natureza confidencial das informações em bancos de dados médicos.

9. Avançar as normas éticas em face dos novos adventos da tecnologia.

10. Omitir, ao máximo, os detalhes pessoais nos sistemas usados nas programações médicas.

*“O respeito que a Sociedade deve a profissão médica só continuará justificado se, além de a sentir capaz, a souber responsável”.*

**A. Peixoto**

# DIPLOMAS

## REGISTRO OBRIGATÓRIO

### MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

#### RESOLUÇÃO CFM Nº 1.233/86

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 registro do diploma no Ministério da Educação é requisito indispensável para a obtenção da inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina, segundo estatui o artigo 17 da Lei 3.268/57 e Artigos 2º e 5º do Decreto nº 44.045/58;

CONSIDERANDO que este registro, de acordo com o disposto no Decreto-Lei nº 464, de 11 de fevereiro de 1969, é feito pelo Departamento de Administração Escolar das Universidades Federais Regionais, o que torna mais ágil a sua expedição;

CONSIDERANDO que algumas inscrições foram feitas, sem a indispensável apresentação do Diploma registrado no Ministério da Educação;

CONSIDERANDO o Parecer CFM nº 17/86 aprovado na sessão plenária de 11 de julho de 1986;

CONSIDERANDO o decidido na sessão plenária de 08 de novembro de 1986;

#### RESOLVE

1. Revogar o disposto na Resolução CFM nº 459, de 05 de fevereiro de 1972;
2. Cancelar todas as inscrições concedidas a médicos que não tenham seus diplomas registrados no Ministério da Educação.
3. Esta Resolução entrará em vigor na data da sua publicação.

Rio de Janeiro, 08 de novembro de 1986

GABRIEL OSELKA  
Presidente

ANA MARIA CANTALICE LIPKE  
Secretária Geral

## O QUE FAZ VOCÊ QUANDO O JUIZ, COLEGA OU PACIENTE SOLICITA INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO OU O PRÓPRIO PRONTUÁRIO?

A Diretoria do Hospital da Restauração, enviou ofício de nº 490/85 a este Conselho, solicitando que seja fixado conduta de como proceder no atendimento a solicitação de informações contidas nos prontuários de pacientes internados naquele nosocômio. A dra. Cecília Marletti C. de Azevedo, responsável pelo SAME do HR, vem sendo solicitada pelas mais diferentes pessoas que se julgam no direito de colher informações através de prontuário médico, de pacientes que foram atendidos no HR. Relata a médica no seu pedido de consulta a Direção do HR, que tem se limitado a atender nas informações, solicitações feitas por conjuges, autoridades judiciais, filhos ou parentes próximos, Instituto de Medicina Legal, Delegados de polícia e encarregados de Inquéritos policiais e em algumas oportunidades pelo próprio paciente. Informa ainda, que autoridades policiais, advogados e médicos têm frequentemente pleiteado dados dos pacientes, desencadeando sérios problemas por não serem atendidos.

### **PARECER:**

Ao nosso entender o problema fundamenta-se na obrigatoriedade do sigilo médico. Sendo o prontuário do paciente, documento onde os dados ali anotados são de interesse primordialmente médico, entende-se que seu manuseio deva ser o mais restrito possível e que informações nele contidas, sejam dadas à quem de direito respeitando-se os preceitos éticos e legais.

O Código de Deontologia Médica nos Princípios VI e XIV e artigos 46 e 48 faz referência aos deveres do médico com relação ao sigilo médico através de dados contidos no prontuário. No artigo 51 do mesmo Código limita ao médico, a quem se deva informações com relação a exames ou tratamentos realizados.

O Prof. Genival Veloso de França em trabalho recente, sob privacidade e sigilo em informática médica, faz referência a 05 exceções dentro do princípio geral de que o médico deve preservar o segredo em tudo que sabe e que são: 01) Quando o paciente permite a quebra do sigilo; 02) Quando em favor do paciente mesmo sem o seu consentimento; 03) Quando no dever inalienável com a sociedade; 04) Quando no interesse da pesquisa, desde que autorizado pelos Conselhos; 05) Quando as informações são requeridas no andamento de uma ação judicial.

Ainda no mesmo trabalho o Prof. Genival Veloso de França estabelece os critérios para o fornecimento dos dados emitidos nos prontuários médicos, que no nosso entender devem ser os indicados por este Conselho ao SAME do HR e outros Hospitais e locais em que se exerça a Medicina, quando da solicitação de dados emitidos nos prontuários dos pacientes e que são:

- 1) Que o pedido de informação seja por escrito.
- 2) Que exista o consentimento também por escrito do paciente, quando capaz, ou do seu representante legal.

- 3) Por solicitação judicial.
- 4) Por razões de imperiosa e indiscutível relevância social e moral.

Este é meu parecer s.m.j.

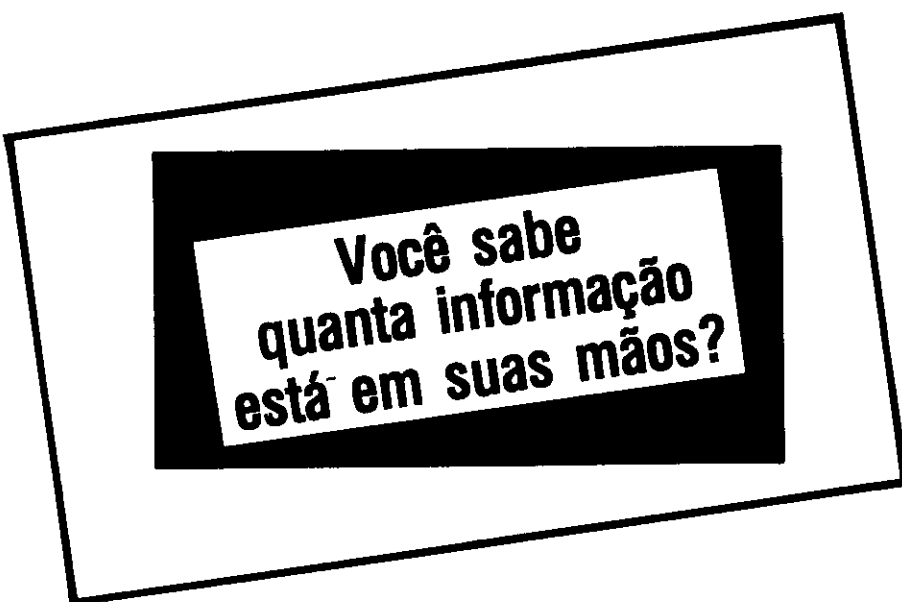
Recife, 29 de janeiro de 1986

Cons.Silo Tadeu Silveira Holanda Cavalcanti

Aprovado na Sala das Sessões, em 10 de março de 1986.

Cons. Ney Cavalcanti  
Presidente

NOTA: Para informações complementares do assunto veja arquivos nº 3, nº 5 e nº 11.



**Você sabe  
quanta informação  
está em suas mãos?**

# Colocar o CID e história clínica no pedido da AIH para o INAMPS é anti-ético?

## CONSULTA

Consulta-nos o Conselho Regional de Medicina do Estado do Maranhã se, tendo em vista a revogação da Resolução CFM nº 1.190/84 (não comete infração ética o médico que por solicitação de seu paciente forneça atestado médico codificado ou não) e a colocação do código internacional de doenças, assim como a história clínica, nos laudos médicos para obtenção da AIH do INAMPS, não constitui revelação do segredo médico e, conseqüentemente, infração ética, de acordo com o preceituado nos artigos 44 e 46 do Código Brasileiro de Deontologia Médica.

## PARECER

Ao exigir o sigilo profissional o Código Brasileiro de Deontologia Médica visa proteger o paciente, tanto do ponto de vista moral quanto no material.

Os princípios morais sofrem variações no tempo e no espaço.

**Com o advento da perícia médica da Previdência Social**, com os serviços de estatística das Secretarias de Saúde, **com os laudos médicos** para obtenção de guias de internação e tantas outras situações, **já não podemos falar em sigilo absoluto**. O que posteriormente era de conhecimento somente do paciente e seu médico, passou também ao **domínio de uma gama de burocratas** envolvidos

no sistema de assistência médica. Como evitar que uma datilógrafa de um laboratório de análises clínicas tome conhecimento de resultados de exames específicos para determinadas patologias? Daí ser imperioso que não somente o médico, mas **todas as pessoas envolvidas tenham compromisso com a guarda do sigilo. Aliás isto é previsto no Código Penal Brasileiro:**

**Art. 154** - Revelar alguém, sem justa causa, segredo de quem tem ciência em razão de função, Ministério, ofício ou profissão e cuja revelação possa produzir dano a outrem.

**Pena** - detenção de três meses a um ano, ou multa de um cruzeiro a dez cruzeiros.

Há porém alguns princípios que são imutáveis. Dentre eles devemos ressaltar o **respeito à privacidade da pessoa. Antes de explicitarmos** o diagnóstico em qualquer documento médico **devemos obter a autorização do paciente**, tomando-se o cuidado de **alertá-lo** que a omissão de diagnóstico ou história clínica poderá servir de impecilho ao seu objetivo, seja uma internação hospitalar ou a obtenção de um benefício junto à Previdência Social.

Ainda dentro dos princípios imutáveis devemos considerar o predomínio do interesse público sobre o privado.

Dessa forma achamos que os **laudos médicos para obtenção de AIH** do INAMPS, contendo história clínica e diagnóstico com a anuência do paciente, **não caracterizam quebra de sigilo profissional.**

Quanto a Resolução CFM nº 1.190/84, que tratava da colocação de **CID nos atestados médicos para justificar faltas ao trabalho, foi revogada primeiro por ser dispensável, porque não cabe às empresas manterem controle estatístico sobre incidência de doença e, segundo, para evitar que a revelação do diagnóstico colaborasse de alguma forma para a dispensa do funcionário.**

Este é o meu parecer, S.M.J.

Rio de Janeiro, 22 de novembro de 1986

José Monteiro de Souza Netto  
Conselheiro-Relator CFM

Parecer aprovado em sessão plenária de 10.12.86

Isto é importante  
se você  
é dono de hospital  
trabalha em hospital  
possui organização médica

**LEIA COM  
ATENÇÃO**



**HOSPITAIS**

## **REGISTRO DE EMPRESA MÉDICA NO CRM**

**RESOLUÇÃO CFM Nº 1.214/85**

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

A Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980, que instituiu a obrigatoriedade do registro das empresas de prestação de serviços médicos-hospitalares e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, nos Conselhos Regionais de Medicina;

A Lei nº 6.994, de 26 de maio de 1982, que instituiu as anuidades e emolumentos devidos aos Conselhos Regionais de Medicina, regulamentada pelo Decreto nº 88.147, de 8 de março de 1983;

A Resolução CFM nº 997, de 23 de maio de 1980, que instituiu a obrigatoriedade do cadastramento das empresas ou instituições mantenedoras de ambulatórios para seus empregados e dependentes;

O decidido na Sessão Plenária de 12 de abril de 1985;

**RESOLVE:**

Art. 1º — Baixar a presente instrução aos Conselhos Regionais de Medicina, objetivando proporcionar a fiel execução da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980, da Lei nº 6.994, de 1982 e seu regulamento aprovado pelo Decreto nº 88.147, de 8 de março de 1983 e da Resolução CFM nº 997, de 23 de maio de 1980.

Art. 2º — Esta resolução e as instruções entram em vigor na data da publicação, ficando revogadas as disposições em contrário, especialmente as Resoluções CFM nºs 1.057, de 4 de setembro e nº 1.086, de 9 de novembro de 1982.

Rio de Janeiro, 16 de abril de 1985

GABRIEL WOLF OSELKA

Presidente

ANA MARIA CANTALICE LIPKE

Secretária-Geral

## **265 HOSPITAIS JÁ SE REGISTRARAM NO CRM-PR PORQUE O SEU AINDA NÃO FOI?**

Santa Casa de Misericórdia Engenheiro Beltrão — Engenheiro Beltrão.  
Hospital Vera Cruz do Oeste Ltda. — Vera Cruz do Oeste  
Hospital Santa Terezinha — Manoel Ribas  
Clínica Médica Santa Rita do Oeste — Terra Roxa  
Hospital São Lucas de Ponta Grossa S/A — Ponta Grossa  
Clínica Oto - Oftálmica Dr. Jorge Ltda. — Rolândia  
Hospital Nossa Senhora do Perpétuo Socorro — Alto Piquiri  
Policlínica Xambê Ltda. — Xambê  
Santa Casa Monsenhor Guilherme — Foz do Iguaçu  
Clínica de Reabilitação S/C — Curitiba  
Hospital de Caridade de Palmeira — Palmeira  
Hospital e Maternidade do Tarumã — Curitiba  
Hospital e Maternidade N. Sra. do Carmo Ltda. — Curitiba  
Clínam — Assistência Médica e Odontológica S/C Ltda. — Curitiba  
Banco do Brasil — Centro de Assist. ao Pessoal — Curitiba  
Banco do Brasil S/A — Centro Médico — CEMED — Cascavel  
Hospital São Paulo "José Caires de Souza" — Assis Chateaubriand



Hospital Infantil Pequeno Príncipe — Curitiba  
Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro — Curitiba  
Hospital Moreira Salles — Moreira Sales  
Hospital São Vicente de Paulo — Tomazina  
Oscar Pereira & Cia. Ltda.— São José das Palmeiras  
Hospital e Maternidade Santa Lúcia Ltda. — Maringá  
Hospital Nossa Senhora Aparecida — São José das Palmeiras  
Sociedade Hospitalar Beneficente de Andirá — Andirá  
Hospital Osvaldo Cruz — Teixeira Soares  
Policlínica São Vicente de Paula Ltda. — Francisco Beltrão  
Hospital de Caridade São Pedro — Mallet  
Hospital Regional do Vale do Ivaí — Jandaia do Sul  
Hospital Nossa Senhora das Graças — Nova Esperança  
Hospital e Pronto Socorro de Campo Mourão — Campo Mourão  
Brasmed — Centro Médico de Curitiba — Curitiba  
Hospital e Maternidade Santa Cruz — Cruzeiro do Oeste  
Hospital e Maternidade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro — Sta. Helena  
Hospital Nova Olímpia Ltda. — Nova Olímpia  
Hospital e Maternidade Altônia Ltda. — Altônia  
Policlínica Pato Branco S/A — Pato Branco  
Sociedade Beneficente São Camilo — Ponta Grossa  
Hospital Evangélico de Curitiba — Curitiba  
Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória Ltda. — Curitiba  
Hospital e Mat. Santa Felicidade de Faxinal Ltda. — Faxinal  
Hospital São José — Primeiro de Maio  
Hospital Santa Rita — Vera Cruz do Oeste  
Regional Hospital de Caridade N.Sra. Aparecida — União da Vitória  
Hospital Nossa Senhora da Consolação — Nova Londrina  
Cepame - Clínica Especializada em Pronto Socorro Atendimento Médico Escolar  
S/C — Curitiba  
Hospital São Miguel — São Miguel do Iguçu  
Hospital das Clínicas de Ubiratã Ltda. — Ubiratã  
Hospital e Maternidade Santa Lucia — Capitão Leonidas Marques  
Hospital Tapira Ltda. — Tapira  
Casa de Saúde Santo Agostinho — Ampere  
Sociedade Hospital Bom Jesus — Rio Negro  
Clínica Santa Maria — Cruzeiro do Oeste  
Hospital e Maternidade Santa Clara — Colorado  
Casa de Saúde e Maternidade São José S/C — Nova Esperança  
Clínica São Camilo de Lelis — Missal  
Hospital São Paulo — Guaira  
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá — Paranaguá  
Clínica de Assistência Familiar e Empresarial S/C Ltda. — Curitiba.



LEIA COM ATENÇÃO

**Como proceder.**

# **ANÚNCIOS PUBLICIDADES ENTREVISTAS COMUNICAÇÕES**

## **RESOLUÇÃO CFM Nº 1.036/80**

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

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

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

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

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

RESOLVE:

### **DOS ANÚNCIOS**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **DAS ENTREVISTAS, COMUNICAÇÕES E TRABALHOS CIENTÍFICOS**

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

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

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

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

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

§ 2º - Entende-se por sensacionalismo:

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

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

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

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

Art. 12 - Nos anúncios e divulgações feitos por médico ou estabelecimento de saúde no rádio e na televisão, deverão ser observadas a legislação em vigor e as normas da presente Resolução.

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

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

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

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

## **D A C O M I S S Ã O D E D I V U L G A Ç Ã O**

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

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

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

b) - emitir parecer sobre matéria que envolva divulgação médica, inclusive publicações de trabalhos científicos, sempre que a ela for submetida;

c) - quando necessário, observar os médicos primariamente envolvidos em publicidade, nos casos por ela analisados;

d) - propor ao Conselho Regional de Medicina a instauração de Processo Ético-Profissional nos casos que tenham características de infração ao Código de Ética Médica;

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

## **D A S D I S P O S I Ç Õ E S G E R A I S**

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

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

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

Rio de Janeiro, 19 de dezembro de 1980.

MURILLO BASTOS BELCHIOR  
Presidente

JOSÉ LUIZ GUIMARÃES SANTOS  
Secretário-Geral

**Quem exige sempre o máximo,  
encontra aqui o melhor**



# ACÓRDÃO

**DENUNCIANTE:** CRM/PR.

**DENUNCIADOS:** DRS. E.B.; B.R.C.O.; M.A.N.; G.A.Y.

**RELATOR:** DR. JOÃO NASSIF

**REVISOR:** DR. OCTAVIANO BAPTISTINI JUNIOR

**ACÓRDÃO:** 007/86.

**I PRELIMINAR:** PROCESSO CRIMINAL ARQUIVADO - FALTA DE PROVAS PARA O OFERECIMENTO DA DENÚNCIA - INDEPENDÊNCIA DO ADMINISTRATIVO - PROVAS SUFICIENTES PARA A INSTALAÇÃO DE PROCEDIMENTO ÉTICO - PRELIMINAR REJEITADA.

**EMENTA:** Se na esfera criminal, não se instaurou a ação penal, por falta de base para o oferecimento da denúncia, isto não impede que no âmbito administrativo do Conselho, persista o processo disciplinar, ainda porque os médicos denunciados, não foram julgados pela justiça comum, não advindo no caso, qualquer conflito.

**II PRELIMINAR** - INÉPCIA DA DENÚNCIA - IMPRECISÃO DA ACUSAÇÃO - DIREITO DE AMPLA DEFESA - NÃO CARACTERIZAÇÃO - DEFESA REGULAR DOS DENUNCIADOS - IMPUTAÇÕES AMPLAMENTE REBATIDAS - INEXISTÊNCIA DE PREJUÍZO - PRELIMINAR REJEITADA.

**EMENTA** - Se os denunciados, em todas as oportunidades lhes concedidas, rebateram amplamente as acusações, aliás perfeitamente delineadas na peça acusatória, não se consubstancia qualquer nulidade, mesmo porque, não comprovado nenhum prejuízo.

**DO MÉRITO:** PACIENTE DE OUTRO MÉDICO - ALTA PRESCRITA - POSTERIOR REINTEGRAMENTO - ASSISTIDA POR PLANTONISTA - AVALIAÇÃO A SEGUIR POR ESPECIALISTAS - DEVIDAMENTE MEDICADA - NÃO CARACTERIZAÇÃO DE INFRAÇÃO - ABSOLVIÇÃO.

**EMENTA** - Se a paciente foi examinada pelos denunciados, cada qual dentro de sua especialidade, lhe tendo sido prestada pelos mesmos, a devida assistência médica, não há que se falar em infração ao Código Brasileiro de Deontologia Médica, levando-se em conta ainda, que o seu médico assistente, também denunciado, faleceu durante o trâmite do processo, não sendo portanto levado a julgamento a sua eventual responsabilidade pelo fato ocorrido.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de processo ético profissional nº 012/85, em que é denunciante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná e denunciados os DRS. E.B.; B.R.C.O.; M.A.N. e G.A.Y.

#### **ACORDAM**

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, por unanimidade, na forma de votos dos Senhores Relator e Revisor, em não acolher as imputações feitas aos denunciados, de infração aos artigos 1º, 11 e 16, conforme ata nº 309, datada de 15.12.86.

Curitiba, 15 de dezembro de 1986.

JOÃO NASSIF  
Cons. Relator

OCTAVIANO BAPTISTINI JUNIOR  
Cons. Revisor

## **Prontuário**

“Uma segurança para os médicos cultos e conscienciosos.

Uma ameaça constante para os audazes sem escrúpulos e ignorantes incorrigíveis.

Uma barreira intransponível contra as reclamações e os caprichos dos clientes descontentes”.

Lacassagne



# ACÓRDÃO

**DENUNCIANTE:** DR. A.A.

**DENUNCIADO:** DR. H.M.F.

**RELATOR:** DR. GILBERTO SACILOTO

**REVISOR:** DR. ANTONIO LEITE OLIVA FILHO

**ACÓRDÃO:** 006/86.

I) ACADÊMICO DE MEDICINA - ATENDIMENTO A PACIENTE - ACOMPANHAMENTO DE MÉDICO - NÃO CARACTERIZAÇÃO DE INFRAÇÃO AO ARTIGO 4º DO CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA.

**EMENTA:** Restando comprovado nos autos, que o paciente foi atendido por Acadêmico de Medicina, devidamente acompanhado por médico inscrito no CRM, não se caracteriza infração ao artigo 4º do Código Brasileiro de Deontologia Médica, e, portanto, impõe-se a absolvição do denunciado.

II) CORPO CLÍNICO - INGRESSO DE MÉDICO - CONVITE DA DIRETORIA ADMINISTRATIVA - DISCORDÂNCIA DOS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO - INCORRÊNCIA DE FALTA DE APREÇO, CONSIDERAÇÃO E SOLIARIEDADE - ABSOLVIÇÃO.

**EMENTA:** Embora não tenha a Direção Clínica, indicado no prazo, outro médico para integrar o Corpo Clínico do Hospital, isto não obriga ao acatamento da indicação da Diretoria Administrativa, sendo lícito portanto a recusa, não advindo daí infração ao artigo 33 do Código Brasileiro de Deontologia Médica.

III) DENÚNCIA IMPROCEDENTE - IMPOSSIBILIDADE DE INFRAÇÃO AO ARTIGO 8º DO CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA.

**EMENTA:** Se a denúncia foi improcedente, não há que se falar em infração ao artigo 8º do Código Brasileiro de Deontologia Médica, que no caso, sempre será consequência complementar as imputações.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de processo ético profissional sob nº 015/85, em que é denunciante o Dr. A.A. e denunciado o Dr. H.M.F.,

## **ACORDAM**

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, por unanimidade, na forma de votos dos Senhores Relator e Revisor, em não acolher as imputações feitas ao denunciado, conforme ata nº 306, datada de 1º de dezembro de 1986.

Curitiba, 1º de dezembro de 1986.

GILBERTO SACILOTO  
Cons. Relator

ANTONIO LEITE OLIVA FILHO  
Cons. Revisor

# CRM

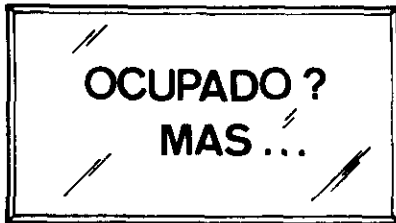
## Relatório das Atividades

### Exercício 1986

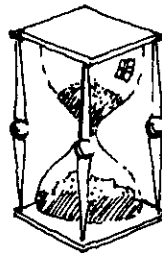
Ofícios Expedidos	1.214
Certidões Expedidas	23
Documentos Protocolados	1.869
Inscrições Primárias	356
Inscrições feitas de 02.01.86 a 29.12.86	511
Médicos Transferidos para outros Estados	203
Médicos Transferidos para o CRMPR	112
Médicos inscritos secundariamente para outros Estados	72
Médicos inscritos secundariamente no CRMPR	43
Cédulas de Identidade expedidas	511
Cédulas de Identidade (2a. via) expedidas	63
Carteira Profissional (2a. via) expedidas	06
Reuniões de Diretoria	23
Reuniões Plenárias realizadas	30
Assembléias Gerais Ordinárias	01
Assembléias Extraordinárias	02
Sessões Solene para entrega de Carteiras	26
Atas de Conferências Médicas recebidas	07
Processos Disciplinares instaurados	29
Relatores Iniciais - Denúncias	52
Câmaras de Ética e Disciplina	52
Pareceres exarados - Assessor Jurídico	35
Ofícios expedidos da Assessoria Jurídica	477



Portarias expedidas da Assessoria Jurídica	124
Consultas feitas pessoalmente à Assessoria Jurídica	53
Julgamentos realizados	07
Acórdãos aprovados	07
Denunciados absolvidos	05
Advertências confidenciais em aviso reservado	02
Censuras confidenciais em aviso reservado	03
Censuras Públicas	02
Suspensão do exercício profissional	02
Cassação do exercício profissional	01
Recursos ao Conselho Federal de Medicina	05
Carteiras Profissionais entregues em Sessão Solene	356
Vistos provisórios concedidos	17
Registros cancelados "a pedido"	23
Número atual de funcionários	15
Resoluções aprovadas	06
Registro de Especialista aprovado	376
Registro de Empresa aprovado	244



Não diga que não tem tempo. Procure se atualizar, só assim poderá oferecer o melhor ao seu paciente.



**COLECIONE**  
"Arquivos do Conselho".  
É uma revista muito útil.  
Folhei-a ao receber.

# Pode o denunciante ser informado do resultado do processo?

## A imprensa pode ser notificada?

### PROCESSO

#### CONSULTA

Consultou-nos, verbalmente, o ilustre Conselheiro do Conselho Federal de Medicina, Dr. Dufflon de Paola, sobre as seguintes questões:

1. Pode o denunciante ser informado sempre do resultado do processo?
2. O denunciante deve ser informado ou comunicado oficialmente?
3. Quando a pena é em aviso reservado e confidencial pode ser o denunciante informado ou comunicado?
4. O denunciante comunicado ou informado pode divulgar? Se não pode e o fizer o que pode lhe acontecer?

#### PARECER

1. Os Processos Ético-Profissionais em curso perante os Conselhos de Medicina estão sob a égide do sigilo processual, fenômeno jurídico incidente que visa resguardar o interesse público envolvido em tais questões e os direitos individuais dos denunciados, inclusive a preservação de sua imagem profissional.

Entretanto, esse sigilo processual não se aplica às partes envolvidas no processo e seus respectivos patronos, em virtude dos princípios gerais do direito que resguardam o acesso das partes aos autos.

Consequentemente, tanto denunciante quando denunciado devem ser informados do andamento do processo para que possam bem cuidar da sua instrução, assim como do seu resultado final.

2. Convém esclarecer, contudo, que o resultado do processo, ou seja, a comunicação sobre a decisão tirada pelos Conselheiros reunidos em Sessão Plenária deve ser feita oficialmente às partes interessadas porque trata-se de ato administrativo que requer a divulgação oficial para desencadeamento dos seus efeitos.

3. E esta comunicação oficial aplica-se, ou antes, estende-se, também, aos

casos em que a pena imposta seja confidencial, vale dizer, ou Advertência Confidencial em Aviso Reservado ou Censura Confidencial em Aviso Reservado, penas estas previstas nas alíneas "a" e "b" do artigo 22 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957.

4. Em sendo aplicadas penas tidas como confidenciais fica sobrestada a divulgação da mesma, a fim de que se possa dar à ela cumprimento em toda a sua extensão, pois constitui característica da mesma, conferida por Lei, que não haja divulgação.

Assim, se o denunciante der divulgação de uma pena confidencial aplicada pelo Conselho Regional de Medicina ficará sujeito a ter que responder judicialmente pelos prejuízos advindos dessa divulgação aos outros partícipes do processo.

É o parecer, s.m.j.

Rio de Janeiro, 22 de maio de 1986

Antonio Carlos Mendes  
Assessor Jurídico

Cecília S. Marcelino  
Assessora Jurídica

Parecer aprovado  
Sessão plenária 10.12.86

---

## DIVULGAÇÃO

### PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL

O Parecer da Assessoria Jurídica do Conselho Federal de Medicina, responde com absoluta segurança à consulta formulada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, através o Processo-Consulta CFM-Cons. nº 1426/86.

Ao Parecer referido, está anexado a íntegra de outro Parecer versando sobre assunto semelhante, datado de 22 de maio de 1986, originado de consulta verbal nossa.

Estamos de pleno acordo com o Parecer da Assessoria Jurídica do CFM, e nos permitimos, data vênua, apresentar o nosso entendimento embasado em dois Pareceres que, em realidade se complementam:

- 1) - **Têm acesso ao Processo e dele participam, as partes envolvidas diretamente, ou seja, denunciado(s) e denunciante(s).**
- 2) **A imprensa somente será informada sobre o trâmite do processo;**
- 3) **A decisão resultante do julgamento será comunicada oficialmente às partes, assim entendidas, denunciante(s) e denunciado(s);**
- 4) **As apenações em AVISO RESERVADO correspondentes a alínea "a" e "b" do artigo 22 da Lei 3268/57, também serão comunicadas às partes;**
- 5) **As penas confidenciais acima citadas, obviamente não serão divulgadas. Em havendo divulgação pelo denunciante, este estará sujeito a responder judicialmente pelos prejuízos advindos do ato.**

É o parecer que submetemos a apreciação do Plenário.

Curitiba, 30 de outubro de 1986.

DUILTON DE PAOLA  
Cons. Relator CFM

Parecer aprovado  
Sessão plenária 10.12.86

# Sociedade médica de Arapongas consulta

Tendo em vista, o fato de dois colegas fornecerem os assim chamados "Atestados Admissivos para o Trabalho", a valores relativamente inexpressivos e abaixo da tabela padrão mínimo, estabelecida pela Associação Médica Brasileira, solicitamos esclarecimentos nesse sentido:

a) Se o procedimento desses colegas, cobrando respectivamente Cr\$ 12.000 e Cr\$ 16.000 por atestado, é valor admissível?

b) Se esses colegas não estão infringindo o código de ética, considerando que outros colegas, ao fornecerem tais atestados cobram Cr\$ 45.000, em nossa cidade?

c) Se existe alguma tabela padrão que estabeleça o valor de tais atestados?

d) Que atitudes tomar em relação a esses colegas, e que elementos são necessários para "provar" suas irregularidades, considerando que as mesmas não estão de acordo com os procedimentos habituais dos outros colegas de nossa cidade?

e) Qual o valor "Padrão Mínimo" a ser cobrado por esses atestados?

Serão obrigatórios os Exames Médicos Admissional, Periódico e Demissional, por conta do empregador, nas condições especificadas na Norma Regulamentadora - NR 7, da Lei 6514/77.

O Exame Médico será renovado com a seguinte periodicidade:

a) Investigação Clínica:

1 - de 6 (seis) em 6 (seis) meses para os que trabalham nas atividades e operações insalubres;

2 - anualmente, nas demais atividades.

Outros exames complementares devem ser realizados, por conta do empregador, em decorrência da investigação clínica.

Os dados obtidos dos exames clínicos e complementares devem ser registrados em uma ficha clínica individual, que ficará sob a responsabilidade do Serviço Médico que realizou o exame.

O Médico que realizou o exame emitirá o Atestado de Saúde Ocupacional que deverá ficar arquivado junto à ficha de registro do empregado, no Setor de Pessoal da Empresa, para fins de fiscalização.

O Atestado de Saúde Ocupacional deve conter no mínimo:

a) Nome do empregado.

b) Resultado dos exames complementares, com a respectiva data de realização.

c) Especificação de apto ou inapto para a função que vai exercer ou está exercendo.

d) Data, assinatura do Médico e carimbo contendo nome e número de inscrição no C.R.M.

A investigação clínica deve ser feita por Médico do Trabalho do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT, nas empresas obrigadas a manter este serviço.

Quando a empresa não for obrigada a manter SESMT, a investigação clínica deve ser feita, preferencialmente, por Médico do Trabalho, que poderá atuar individualmente ou através da organização de Serviços de Medicina do Trabalho.

Os preços a serem cobrados por estes exames são os previstos na Tabela de Honorários Médicos da AMB. Todos os médicos que comprovadamente cobrarem valores inferiores ao da tabela poderão ser denunciados ao Conselho Regional de Medicina como infratores do Código Brasileiro de Deontologia Médica (de acordo com a Resolução nº 011/85 deste CRM).

É o parecer.

Curitiba, 23 de Setembro de 1985

Farid Sabbag  
Conselheiro CRM-PR

**NOTA: Vide artigos correlatos em outros números dos arquivos.**

# Ministério da Saúde

Secretaria Nacional  
de Vigilância Sanitária

## NOVAS INSTRUÇÕES

Prescrição, uso de drogas  
e especialidades farmacêuticas.

UF _____ Nº _____	UF _____ NÚMERO _____	IDENTIFICAÇÃO DO ENTENTE _____	ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA _____
_____	DATA _____ de _____ de 19__	FACIENTE _____	NOME _____
NOME _____	ASSINATURA _____		QUANTIDADE E APRESENTAÇÃO _____
END. _____			FORMA FARM. CONCENTRAÇÃO POR UNID. FARMACOL. _____
DORAGEM _____			FORMSEADOR _____
DATA _____			NOME _____ DATA _____

UF _____ Nº _____	UF _____ NÚMERO _____	IDENTIFICAÇÃO DO ENTENTE _____	ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA _____
_____	DATA _____ de _____ de 19__	FACIENTE _____	NOME _____
NOME _____	ASSINATURA _____		QUANTIDADE E APRESENTAÇÃO _____
END. _____			FORMA FARM. CONCENTRAÇÃO POR UNID. FARMACOL. _____
DORAGEM _____			FORMSEADOR _____
DATA _____			NOME _____ DATA _____

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE E DO BEM-ESTAR SOCIAL  
FUNDAÇÃO DE SAÚDE CAETANO MUNHOZ DA ROCHA  
DEPARTAMENTO DE SANEAMENTO E VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**PORTARIA Nº 27 DE 24 DE OUTUBRO DE 1986 DA DIMED (SINOPSE)**

01. **COMÉRCIO INTERNACIONAL:** A importação, exportação e reexportação de substâncias e medicamentos incluídos nesta Portaria, dependerão de "Visto Prévio" da DIMED na Guia de Importação e/ou Exportação.
02. **COMÉRCIO NACIONAL:** Nas transações comerciais entre indústrias, farmácias e drogarias, estabelecimentos hospitalares e para-hospitalares, de ensino ou pesquisa, distribuidores e depósitos de drogas, que envolvam substâncias ou medicamentos de que trata esta Portaria, na extração de notas fiscais, deverá ser feita uma ressalva, indicando a Portaria que classifica a substância ou medicamento. Uma das vias da nota fiscal deverá ficar arquivada no estabelecimento vendedor e a outra no estabelecimento comprador à disposição das Autoridades Sanitárias Distritais para "Vistos", pelo prazo de 2 (dois) anos.
03. **PRESCRIÇÃO:** As receitas que incluam substâncias ou medicamentos relacionados nesta Portaria somente poderão ser aviadas quando:
  - prescritas por profissionais legalmente habilitados (médico, cirurgião-dentista e médico-veterinário);
  - as prescrições por cirurgião-dentista e médico veterinário só poderão ser feitas quando para uso odontológico e veterinário respectivamente;
  - escritas em Talonário de receita do profissional, com cópia carbonada, contendo o nome do profissional, além do endereço de seu consultório e/ou sua residência;
  - constarem o nome completo do paciente, sua residência e o modo de usar do produto prescrito;
  - escritas legivelmente, em português, por extenso ou datilografados, devidamente datados, com assinatura do profissional e respectivo carimbo, onde conste o número de inscrição do Conselho Regional respectivo;
  - quantidades forem prescritas em algarismos arábicos e por extenso.
04. **AVIAMENTO:** a) A venda direta ao público de substâncias ou medicamentos de que trata esta Portaria, em qualquer forma farmacêutica e qualquer apresentação é privativa de Farmácia e Drograria e só poderá ser feita mediante a apresentação e retenção do original da receita prescrita por profissional devidamente habilitado.  
b) A Farmácia ou Drograria que aviar a receita, deverá apor no verso do original que ficará retido, e da cópia, que permanecerá com o paciente, o carimbo do estabelecimento e o número de unidades aviadas, indicando que houve atendimento.  
c) Nos estabelecimentos hospitalares, médico ou veterinário, oficiais ou particulares, somente poderão ser fornecidas substâncias e medicamentos constantes nesta Portaria aos pacientes internados, em regime de semi-internato ou em tratamento ambulatorial, mediante receita carbonada subscrita em papel privativo do estabelecimento, por profissional em exercício no mesmo, obedecendo as disposições estabelecidas no item 3 (três) desta sinopse.
05. **QUANTIDADE PRESCRITA E DO VISTO PRÉVIO:** a) Cada receita poderá conter até 3 (três) especialidades farmacêuticas, mas no caso de formulações magistrais, apenas uma substância constante desta Portaria.  
b) A quantidade prescrita de cada medicamento ficará limitada a 6 (seis) unidades comerciais. Acima das quantidades previstas nesta Portaria o profissional prescreverá a quantidade que achar necessária na receita, desde que acompanhada de justificativa em envelope fechado. Esta receita receberá o "Visto Prévio" da Autoridade Sanitária local para ser aviada em Farmácia ou Drograria.  
c) O receituário magistral com substância que trata esta Portaria somente poderá incluir dose equivalente à quantidade prevista no item 5 b.
06. **VALIDADE DA RECEITA:** As receitas de que trata esta Portaria, terão validade de 30 (trinta) dias a contar das datas de suas emissões.
07. **ESCRITURAÇÃO:** a) As empresas industriais farmacêuticas, farmácias, drogarias, depósitos de drogas, representantes e distribuidores de empresas, bem como os importadores e exportadores que manipulem substâncias e produtos, estabelecimentos hospitalares (hospitais, casas de saúde, clínicas e congêneres), deverão registrar em livro próprio, autenticado pela Autoridade Sanitária Distrital, todas as aquisições, operações, aplicações, incluindo estoque do produto acabado ou substância.  
Uma vez encerrado, o livro será visado pela Autoridade Sanitária Distrital.  
b) A responsabilidade deste registro ficará a cargo do Responsável Técnico habilitado.
08. **GUARDA DOCUMENTOS:** a- LIVRO: Após ser visado pela Autoridade Sanitária, este permanecerá arquivado no estabelecimento pelo prazo de 2 (dois) anos, findo o qual poderá ser distribuído.

b) RECEITA: Ficará arquivada em ordem cronológica, no próprio estabelecimento para conferência e visto da Autoridade Sanitária Distrital, pelo prazo de 2 (dois), findo o qual poderão ser inutilizadas.

09. **BALANÇO:** As empresas industriais farmacêuticas, depósitos de drogas, representantes e distribuidores de empresas, importadores, exportadores, farmácias magistrais deverão enviar o Balanço Anual em 4 (quatro) vias à Autoridade Sanitária Distrital para o visto. Duas das vias ficarão em poder da Autoridade Sanitária Distrital (que enviará uma das vias à Autoridade Sanitária Central), a 3a. via ficará em poder do estabelecimento em questão e a 4a. via será remetida à DIMED pela empresa. Farmácias, drogarias, estabelecimentos hospitalares (hospitais, casas de saúde, clínicas e congêneres) enviarão o Balanço Anual em 3 (três) vias dispensando-se o envio de uma via para o DIMED, o balanço deverá ser entregue até o dia 15 (quinze) de janeiro de cada ano.
10. **EMBALAGEM:** a) Nos rótulos das embalagens dos medicamentos deverá estar impressa a faixa vermelha com dizeres 'VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA' - "Só pode ser vendido com Retenção da Receita" - prevista no parágrafo 2º do artigo 94 do Decreto 79.095/77. As formulações magistrais contendo substâncias desta Portaria deverão em sua rotulagem ter dizeres equiparáveis aos das embalagens comerciais, que poderá ser colocado sob a forma de etiqueta.
11. **AMOSTRA GRÁTIS:** Será permitida a distribuição de amostras dos medicamentos constantes desta Portaria a médicos, cirurgiões-dentistas e veterinários. Nos rótulos das embalagens das amostras deverão constar os dizeres: "PRODUTOS SUJEITOS À RESTRIÇÃO DE VENDA E USO". Os comprovantes de distribuição de amostras serão retidos pelo estabelecimento distribuidor pelo prazo de 1 (um) ano, para conferência e "visto" pela Autoridade Sanitária Distrital.
12. **DISPOSIÇÕES GERAIS:** a) Os produtos a base de Dextropropoxifeno na forma injetável obedecerão à instrução normativa sobre psicotrópicos e entorpecentes.  
b) Em caso de emergência e na falta de documentos já indicados no item 3 desta Sinopse, a receita poderá ser escrita em outro papel desde que o profissional inscreva todos os dados pertinentes ao assunto e indique o caráter de emergência do atendimento. A Receita deverá ser apresentada à Autoridade Sanitária local, dentro de 72 (setenta e duas) horas para visto.  
c) Ficam incluídos nas disposições desta Portaria, com exceção no item "1" desta Sinopse, o repositório magistral e o de medicamentos que contêm Fenobarbital, Barbital, Prominal, Barbexaclone, bem como as substâncias constantes da Lista II de Entorpecentes da Portaria 2/85 DIMED e seus respectivos sais, ficando, entretanto, submetidas as disposições sobre autorização especial da referida Portaria.  
d) As substâncias e medicamentos de que trata esta Portaria serão guardados sob rigoroso controle do Responsável Técnico pelo estabelecimento.  
e) Os casos omissos serão submetidos a apreciação da Autoridade Sanitária competente.  
f) A Portaria na íntegra encontra-se na sede do Distrito Sanitário em questão à disposição dos interessados.
13. **DAS PENALIDADES:** O não cumprimento das exigências desta Portaria constituirá infração sanitária, ficando o infrator sujeito às penalidades previstas na Lei nº 6437/77, sem prejuízos das sanções de natureza civil ou penal cabíveis.

### **LISTA I (DE SUBSTÂNCIAS)**

01) ACEPROMAZINA	24) CLORIMIPRAMINA
02) AMITRIPILINA	25) CLORPROMAZINA
03) AMOXAPINA	26) CLORPROTIXENO
04) AZACICLONAL	27) CLOTIAPINA
05) BECLAMIDA	28) DEANOL ACEGLUTAMATO E ACETAMINO BENZOATO (DEMAE)
06) BENACTIZINA	29) DESIPRAMINA
07) BENZOIAMINA	30) DEXETIMIDA
08) BENZOQUINAMIDA	31) DEXTROMETORFANO
09) BIPERIDENO	32) DIBENZEPINA
10) BUSPIRONA	33) DIFENILDANTOÍNA
11) BUTAPERAZINA	34) DIMETACRINA
12) BUTRIPILINA	35) DISSULFIRAM
13) CAPTODIAMINA	36) DIXIRAZINA
14) CARBAMAZEPINA	37) DOXEPINA
15) CARBONATO DE LÍTIO	38) DROPERIDOL
16) CAROXAZONA	39) EXTIL URÉIA
17) CICLARBAMATO	40) EMILCAMATO
18) CICLEXEDRINE	41) ENFLURANO
19) CLOMACRAN	42) ETOSSUCCINIMIDA
20) CLOMETIAZOL	43) FACETOPERANO (LEVOFACETOPERANO)
21) CLORAL BETAÍNA	44) FENAGLICODOL
22) CLORAL HIDRATADO	45) FENELZINA
23) CLOREXADOL	



- 46) FENILPROPANOLAMINA  
 47) FENIPRAZINA  
 48) FENPROBAMATO  
 49) FLUFENAZINA  
 50) FLUPENTIXOL  
 51) FTALIMIDOGLUTARIMIDA  
 (TALIDOMIDA)  
 52) HALOPERIDOL  
 53) HALOTANO  
 54) HIDROCLORBEZETILAMINA  
 55) HIDROXIDIONA SÓDICA  
 56) HOMOFENAZINA  
 57) IMICLOPRAZINA  
 58) IMIPRAMINA  
 59) IMIPRAMINA-N-ÓXIDO  
 60) IPOCLORIZIDA  
 61) ISOCARBOXAZINA  
 62) ISOPROPIL-CROTONIL-URÉIA  
 63) KETAMINA  
 64) LEVOMEPRMAZINA  
 65) LOPERAMIDA  
 66) LOXAPINA  
 67) MAPROTILINA  
 68) MECLORFENOXATO  
 69) MEFENOXALONA  
 70) MEFEXAMIDA  
 71) MEPAZINA  
 72) MEZORIDAZINA  
 73) METILPENTINOL  
 74) METISERGIDA  
 75) METOPROMAZINA  
 76) METOXIFLURANO  
 77) MIANSERINA  
 78) MOPERONA  
 79) NIALAMIDA  
 80) NOMIFENZINA  
 81) NORTRIPTILINA  
 82) NOXIPTILINA  
 83) OPIPRAMOL  
 84) OXIFENAMATO  
 85) OXIPERTINA  
 86) PENFLURIDOL  
 87) PERFENAZINA  
 88) PERICIAZINA (PROPERICIAZIDA)  
 89) PIMOZIDE  
 90) PIPAMPERONE  
 91) PIPOTIAZINA  
 92) PRIMIDONA  
 93) PROCLORPERAZINA  
 94) PROMAZINA  
 95) PROPANIDIO  
 96) PROPIOMAZINA  
 97) PROTIPENDIL  
 98) PROTROPTILINA  
 99) SULPRIDE  
 100) TIAPRIDE  
 101) TIOPROPERAZINA  
 102) TIORIDAZINA  
 103) TIOTIXENE  
 104) TRANILCIPROMINA  
 105) TRAZODONE  
 106) TRICLOFÓS  
 107) TRICLORETILENO  
 108) TRIEXIFENIDIL  
 109) TRIFLURPERIDOL  
 110) TRIFLUOPERAZINA  
 111) TRIMIPRAMINA  
 112) VALPROATO DE SÓDIO  
 113) ZIPEPROL

### LISTA DE PRODUTOS

#### **AMITRIPILINA**

AMITRIPTILINA - CEME  
 MUTABON (A e D) - SCHERING  
 TRIPTANOL - MERCK SHARP DOHME

#### **ESCLAMIDA**

CORINTOL - SEARLE

#### **BENZOCTAMINA**

TACITAL - BIOGALÊNICA

#### **BIPERIDENO**

AKINETON - KNOLL  
 BIPERIDENO - CEME

#### **BUSPIRONA**

BUSPAR - BRISTOL

#### **BUTRIPILINA**

EVADYNE - AYERST

#### **CARBAMAZEPINA**

CARBAMEZEPINA - CEME  
 TEGRETOL - BIOGALÊNICA

#### **CARBONATO DE LITIO**

AFANISTOROL COMPOSTO DE MAYO  
 CARBOLIN - DANSK-FLAMA  
 LURIAN - SMITH - KLINE  
 PÍLULAS DE LUSSSEN - OSÓRIO DE MORAES

#### **CAROAZONA**

EUFOR - FARMASA  
 TIMOSTENIL - FARMITALIA  
 TIROSTENIL - FARMITALIA

#### **CLOMACRON**

DEVELAR - SMITH - KLINE

#### **CLORAL HIDRATADO**

CLORAL BROMETADO - FONTOURA

#### **CLORIMIPRAMINA**

ANAFRANIL - BIOGALÊNICA

#### **CLORPROMAZINA**

AMPLICITIL - RHODIA  
 CLORPRAZIN - FARMASA

CLORPROMAZINA - IQC  
 CLORPROMAZINA - CRISTÁLIA  
 CLORPROMAZINA - CEME  
 CLORPROMAZINA - INST BIOQUÍMICO  
 MC1 - CRISTÁLIA  
 6-COPENA - ARISTON

#### **CLOTIAPINA**

ETOMINA - SANDOZ

#### **DEANOL (DEMAE)**

GERIASE - NATURE'S PLUS

#### **DESIPRAMINA**

PERTROFAN - BIOGALÊNICA

#### **DEXETIMIDA**

TREMBLEX - JOHNSON

#### **DEXTROMETORFANO**

BEKNOS - A NOVAQUÍMICA  
 BEQUJDRIL - TEUTO BRASILEIRO  
 BIATÓS - RORER  
 CHERACOL - UPJOHN  
 CORILAN - SCHERING  
 CORISTINA - SCHERING  
 DEXTROPULMO - CALBOS  
 FUNIDRAN - INFABRA  
 FLUPIN - ROCHE

HELIFENICO - ARISTON

KANDRIL - KINDER

KRIL - AYERST

MELAGRIÃO - CATARINENSE

ROMILAR - ROCHE

SILENCIUM - MERREL

TUSSIVIL - MERCK SHARP

#### **DIBENZEPINA**

METACLOX - BYK QUÍMICA

NOVERIL - SANDOZ

#### **DIFENILHIDANTOÍNA (FENITOÍNA)**

COMITAL L - BAYER

DIALUDON - A NOVA QUÍMICA  
 EPELIN - PARKE DAVIS  
 FENITOÍNA - CEME  
 FENITOÍNA - CRISTÁLIA  
 GAMIBETAL COMPLEX-KITACRON  
 HIDANTAL - SYNTEX  
 TALUDON - A NOVA QUÍMICA  
 TRINURIDE - SANDOZ  
**DISSULFIRAN**  
 ANTABUS - AYERST  
 ANTIETANOL - SYNTEX  
 SANÉTÍLICO - LUPER  
**DOXEPINA**  
 SINEQUAN - PFIZER  
**DROPERIDOL**  
 DROPERIDOL - CEME  
 DROPERIDOL - JANSSEN  
**ENFLURANO**  
 ETRANE - ABBOTT  
**ETOSSUCCINIMIDA**  
 ZARONTIN - ACHE  
**FENBROBAMATO**  
 GAMAQUIL - ABBOTT  
**FLUFENAZINA**  
 ANATENSOL - SQUIBB  
 DISERIN - SQUIBB  
 MOTIVAL - SQUIBB  
**FTALIMIDOGLUTARIMIDA (TALIDOMIDA)**  
 IODETO DE POTÁSSIO COMPOSTO - RHODIA  
 TALIDOMIDA - CEME  
 TALIDOMIDA - BRASIFAR  
**HALOPERIDOL**  
 HALDOL - JANSSEN  
 HALDOL - DECANOATO - JANSSEN  
 HALOPERIDOL - CEME  
 VESALIUM - JOHNSON  
**HALOTANO**  
 FLUTHANE - ICI/WELLCOME  
 HALOTANO - HOECHST  
 HALOTANO - AYERST  
**HOMOFENAZINA**  
 PASADEN - DEGUSSA  
**IMICLOPRAZINA**  
 PONSITAL - ABBOTT  
**IMIPRAMINA**  
 IMIPRAMINA - LIBRA  
 IMIPRAMINA - CRISTÁLIA  
 IMPIRAMINA - CEME  
 IMIPRAMINA - VITAL BRASIL  
 IMIPRAMINA - INSTITUTO BIOQUÍMICO  
 MADALEN - RORER  
 TOFRANIL - BIOGALÊNICA  
**KETAMINA**  
 KETALAR - PARKE DAVIS  
**LEVOMEPRIMAZINA**  
 DORSOPENA (COMPS.) - ARYSTON  
 LEVOMEPRIMAZINA - CRISTALIA  
 LEVOMEPRIMAZINA - INSTITUTO  
 BIOQUÍMICO  
 LEVOMEPRIMAZINA - CEME  
 NEOZINE - RHODIA  
 TENSEKYL - RHODIA  
**LOXAPINA**  
 LOXAPAC - MERCK SHARP  
**MAPROTILINA**  
 LUDIOMIL - BIOGALÊNICA  
**MEFEXAMIDA**  
 TIMODINE - SANDOZ  
**METILPENTINOL**  
 CALMOFILASE - SMITH - KLINE  
**METISERGIDA**  
 DESERILA - SANDOZ  
**METOXIFLUOGRAND**  
 PENTRANE - ABBOTT

**MIANSERINA**  
 TOLVON - ORGANON  
**MOPERONA**  
 SEDALION - JOHNSON  
**NIALAMIDA**  
 NIAMID - PFIZER  
**NORTRIPTILINA**  
 MOTIVINA - WANTUIL  
 VIVIDYL - ELI LILLY  
**NOXIPTILINA**  
 AGEDAL - BAYER  
 DAFORIN - A NOVAQUÍMICA  
 PSICOFAR - LUPER  
 SAMIDA - DE ANGELI  
 OXIPRAMOL  
 ISIDON - BIOGALÊNICA  
**OXIPERTINA**  
 DIAPASON - FARMASA  
 EQUIPERTINA - SYDNEY ROSS  
**PENFLURIDOL**  
 PENFLURIDOL - CRISTÁLIA  
 SEMAP - JOHNSON  
**PERFENAZINA**  
 DUOTRAN - ZAMBOM  
 TRILAFON - SCHERING  
**PERICIAZINA**  
 NEULEPTIL - RHODIA  
**PIMOZIDE**  
 ALETAN - DE ANGELI  
 ORAP - JANSSEN  
**PIPTIAZINA**  
 PIPTIATIL - RHODIA  
**PRIMIDONA**  
 PRIMIDONA - AYERST  
 MYSOLINE - WELLCOME  
**PROMAZINA**  
 METILSEADOR - ELOFAR  
 QUISEADOR - QIF  
**SULPIRIDE**  
 DORMATIL - ESPASIL  
 EQUILID - LEPETIT  
 LISEMIX - SCHERING  
 MODULAN - DE ANGELI  
 MODULEX - DE ANGELI  
 NOVAPIRIDE - A NOVAQUÍMICA  
 SUPIRIL - FARMASA  
**TIAPRIDE**  
 PRIDINOL - MILLET ROUX  
 TIAPRIDAL - ESPASIL  
 TIAPRIDIN - SMITH - KLINE  
**TIOPROPERAZINA**  
 MAJEPTIL - RHODIA  
**TIORIDAZINA**  
 MELLERIL - SANDOZ  
 VISERGIL - SANDOZ  
**TIOTIXENE**  
 NAVANE - PFIZER  
**TRANILCIPROMINA**  
 PARNATE - SMITH - KLINE  
 STELAPAR - SMITH - KLINE  
**TRAZODONE**  
 TOMBRAN - BOEHRINGER  
 TRITICUM - DEGUSSA  
**TRIHEXIFENIDIL**  
 ARTANE - MERCK SHARP  
 TRIEXIFENIDIL - CRISTÁLIA  
**TRIFLUPERIDOL**  
 TRIFLUPERIDOL - CRISTÁLIA  
 TRIPERIDOL - JOHNSON  
**TRIFLUPERAZINA**  
 STELABID - SMITH - KLINE  
 STELAZINE - SMITH - KLINE  
**TRIFLUPROMAZINA**  
 FIBRACOL - ZAMBON  
 SIQUIL - SQUIBB

**TRIMIPRAMINA**

SURMONTIL - RHODIA  
**VALPROATO DE SÓDIO**  
 LEPTILAN - BIOGALÊNICA  
 VALPAKINE - SANOFI  
 VALPRIN - ABBOTT

**ZIPREPOL**

ERITOS - SEARLE  
 TUSSIFLEX - ABBOTT  
 ZIPETOSS - FRUMTOST  
 ZIPRIL - BALDACCI

**DEXTROPROPOXIFENO**

ALGAFAN - DARROW  
 ANTAGON - PFIZER  
 DARVOCET - ELI LILLY  
 DEXTROPROPOXIFENO - CEME  
 DEXTROPROPOXIFENO - BRASMÉDICA  
 DIOXADOL - SINTEQUIM  
 DOLAMIM - SINTOFARMA  
 DOLOXENE-A - ELI LILLY  
 EBLIMON - ZAMBON  
 FENIDOL - LEPETIT  
 FLOGAN - LABRATOS  
 MIDALGIL - SANOFI  
 NOVALENE - ACHÉ  
 PREVIUM COMPOSUM - FRUMTOST  
 PROPOXOL - BRASMÉDICA  
 REUMADIL - HERALD'S  
 ASMOTERONA - ZAMBON

**CODEÍNA**

BELACODID - CLIMAX  
 BENZOTHIOL - ULTRAQUÍMICA  
 BINELE - SANOFI  
 BROMALGINA - CLIMAX  
 CLOVERIN - HOECHST  
 CODELASA - SEARLE  
 DOLVIRAN - BAYER  
 ESPASMOPLUS - BIOGALÊNICA  
 GLOTIL - BRASIFAR  
 PAMBENYL - PARKE DAVIS  
 PASTILHAS VEABOM - VEAFARM  
 PULMIDIA - GROSS  
 PULMOCARBON - GOULART  
 RADIPECON - SANDOZ  
 SETUX - SARSA  
 TALUXIL "SOEL" - REGIUS  
 TOSSEBROL - QIF  
 TUSUPRINOL - HOECHST  
 TUSS-EX - BRISTOL  
 TUSSAVETO - DEGUSSA  
 TUSSODINA - DOVALE  
 TUSSOLEN - DIFUCAP

WARTON - LEN  
 XAROPE CIBRAS - BARROS  
 XAROPE DE ALCATRÃO COMPOSTO  
 VERAFARM - VEAFARM  
 XAROPE DE LIMÃO BRAVO  
 BROMOFÓRMIO - VEAFARM  
 XAROPE DE PARACODINA - KNOLL  
 XAROPE DE SABUGUEIRO COMPOSTO -  
 CARVALHO LEITE  
 XAROPE NEGRI - ZAMBELETTI  
 XAROPE PEITORAL INGLÊS - SYNTAX

**FENOBARBITAL**

ALEPSAL - PRIMA  
 BELLADENAL - SANDOZ  
 BROMOSEDAN - DOVALLE  
 CALMETON - SINTOQUÍMICA  
 CONVULSAN - LABRATOS  
 DISTAN - ZAMBON  
 EDHANOL - SINTOFARMA  
 EXPAN - ESPANSÃO - CIENTÍFICA  
 FENEINA - SINTOQUÍMICA  
 FENITOÍNA - E FENOBARBITAL - CEME  
 FENOBARBITAL - FURP  
 FENOBARBITAL - CEME  
 FENOBARBITAL - CRISTÁLIA  
 FENOBARBITAL - VITAL BRASIL  
 FENOBARBITAL - LIBRA  
 FENOBARBITAL - LAFEPE  
 FENOBARBITAL - IQC  
 FENOBRICAL - SINTOQUÍMICA  
 FENODILAN - ACHÉ  
 GAMIBETAL COMPLEX - DANSKI FLAMA  
 GARDENAL - RHODIA  
 GRATUMINAL - ZAMBON  
 KELONYL - LABORSIL  
 LUMINAL - BAYER  
 MALIASIN - KNOLL  
 NARCOSEDOL - FLOPEN  
 NEUROVITANA - DUCTO  
 NORMOTENSOR - GEYER  
 PAXIN - UNIÃO QUÍMICA  
 PROVAGO - BRASIFA  
 QUADRINAL - KNOLL  
 SEDONASE - ULTRAQUÍMICA  
 SEDOSAN - LUPER  
 SEDOTRAT - BRASMÉDICA  
 SONOASIL - ZAMBON  
 VAGALIMUM - HALLER  
 VAGOCALMIM - FARMOQUÍMICA  
 VAGOPAN - DIVISÃO PRATA  
 VAGOSTESYL - GROSS  
 VAGOSTIL - A NOVAQUÍMICA

**PORTARIA Nº 28 DE 13 DE NOVEMBRO DE 1986 DA DIMED (SINOPSE)**

01. **AUTORIZAÇÃO ESPECIAL:** Para extrair, produzir, fabricar, transformar, preparar, possuir, importar, exportar, reexportar, remeter, transportar, expor, oferecer, vender, comprar, trocar, ceder ou adquirir para qualquer fim substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica ou matéria-prima destinada à sua preparação é indispensável a Autorização Especial, conforme § 3º do Artigo 2º da Lei 6368/76 e Artigo 12º do Decreto 78992/76.  
NOTA: A Concessão de Autorização Especial para empresa e farmácia magistral submete-se ao cumprimento dos requisitos desta portaria.
02. **COMÉRCIO INTERNACIONAL:** Para importar, exportar ou reexportar substâncias os produtos que trata esta Portaria e necessária autorização da DIMED.
03. **COMÉRCIO NACIONAL:** As aquisições ou transferências de substâncias ou produtos da Relação A e Relação B deverão ser acompanhadas de nota fiscal ou nota fiscal fatura, sendo que:
  - Para substâncias ou produtos da relação A é obrigatório o visto da Autoridade Sanitária local do domicílio do remetente.
  - No caso de substâncias ou produtos da relação B, estão isentas do visto da Autoridade Sanitária porém, mensalmente, até o décimo dia a empresa responsável pela expedição deverá enviar relatório a Autoridade Sanitária Distrital contendo as seguintes informações: números das notas fiscais ou das notas fiscais - faturas, em ordem cronológica, emitidas no mês anterior; nome e quantidade da(s) substância(s) ou produto(s) objeto(s) da transação; identidade completa do(s) destinatário(s).
  - A nota fiscal ou nota fiscal-fatura que contenha produto ou substância da relação B deverá distinguir tal produto ou substância dos demais da mesma nota, através da colocação da letra B, entre parênteses, adiante do nome respectivo.
  - Em caso de devolução ou retorno correspondente a produtos ou substâncias da relação A e da relação B, deverá incluir obrigatoriamente, o visto da Autoridade Sanitária do local de domicílio do responsável pelo retorno ou devolução e desde que a quantidade adquirida ou transferida seja idêntica a assinalada na nota fiscal ou nota fiscal-fatura pertinente.
  - O visto terá validade de 60 (sessenta) dias, contados da data de sua concessão.
04. **DO ESTOQUE:** O estoque de substâncias e produtos de que trata esta Portaria não será superior às quantidades previstas para atender às necessidades de 6 (seis) meses de consumo.
05. **DO TRANSPORTE:** O transporte das substâncias e produtos desta Portaria ficará sob a responsabilidade solidária das empresas remetente e transportadora para todos os efeitos legais.
06. **PRESCRIÇÃO E AVIAMENTO:** A notificação de receita é o único documento que autoriza a dispensação ou aviamento de substâncias e produtos de que trata esta Portaria sendo válida exclusivamente no Estado, Distrito Federal ou Território onde foi emitida. É dispensada a emissão de Notificação de Receita para pacientes internados nos estabelecimentos, hospitalares cadastrados pelo Ministério da Saúde (pelo Departamento Hospitalar da SESB).
  - **A Notificação de Receita A** será impressa em papel de cor amarela e a Notificação de Receita B, em papel de cor azul.
  - Bloco de Notificação de Receita A será fornecido mediante recibo pela Autoridade Sanitária competente do Estado, Distrito Federal ou Territórios, aos profissionais legalmente habilitados, pessoalmente ou mediante solicitação escrita, depois de preenchida a respectiva ficha com suas assinaturas autógrafas.
  - **Bloco de Notificação - B** será feito às expensas do próprio médico, hospital ou ambulatório conforme modelo indicado nesta Portaria:
    - a) Sigla da Unidade da Federação, identificação numérica da Notificação de Receita, devidamente impressa;
    - b) Identificação do profissional (ou da Instituição) e endereço profissional devidamente impresso (quando se tratar de NRB);
    - c) Nome e endereço do paciente;
    - d) Nome do medicamento ou substância, quantidade por algarismos e por extenso, apresentação, forma farmacêutica e concentração por unidade posológica;
    - e) Assinatura e carimbo do médico (onde conste sua inscrição no Conselho Regional) e data;
    - f) Nome, identificação, endereço e telefone (se houver) do comprador;
    - g) Identificação do estabelecimento, fornecedor, do responsável pelo aviamento da receita e data do atendimento, anotando-se no verso nº de unidades aviadas.
  - A Notificação de Receita só poderá ser aviada em farmácia e drogaria quando preenchidos os dados de identificação indispensáveis e de forma legível.

- Em caso de emergência poderá ser aviada receita de medicamento sujeito à Notificação de Receita, escrita em papel não oficial devendo obrigatoriamente ser exigida e anotada a identificação do comprador e do profissional que prescreveu. A receita deverá ser apresentada à Autoridade Sanitária Distrital dentro de 72 (setenta e duas) horas para visto. Esta receita deverá conter o código da Classificação Internacional de Doenças.
- A Notificação de Receita somente poderá conter um produto farmacêutico da relação A ou B.
- No caso de formulação magistral, para cada princípio ativo da relação A ou B deverá ser feito uma Notificação de Receita.
- As prescrições por cirurgiões-dentistas só poderão ser feitas quando para uso odontológico e veterinário respectivamente.
- As Notificações de Receita A que contiverem medicamento de uso injetável aviados em farmácias deverão ser remetidos até o dia 15 de cada mês às Autoridades Sanitárias Distritais, através de relação em duplicata que será carimbada pela Autoridade competente, devolvendo uma das vias como comprovante de entrega. Após 30 (trinta) dias, mediante apresentação destes documentos serão restituídas.
- h) Ficam excluídas do disposto neste parágrafo as farmácias e drogarias privativas e hospitalares.
- Sempre que for solicitado pelas Autoridades Sanitárias, o farmacêutico fornecerá cópia autenticada da Notificação de Receita que contiver substâncias Entorpecentes e Psicotrópicas.

07. QUANTIDADE PRESCRITA E VISTO PRÉVIO: Cada Notificação de Receita A somente poderá conter até 5 (cinco) ampolas de medicamento para uso injetável e 1 (uma) unidade de apresentação comercial do medicamento para uso oral, e cada Notificação de Receita B somente poderá conter 5 (cinco) ampolas de medicamento para uso injetável e 3 (três) unidades de apresentação comercial do medicamento para uso oral.
- Acima das quantidades previstas o profissional prescreverá a quantidade que achar necessária da Notificação de Receita A ou B, desde que acompanhada de justificativa em envelope fechado. A justificativa deverá conter o código da Classificação Internacional de Doenças. Esta Notificação receberá o "visto prévio" da Autoridade Sanitária local para ser aviada em farmácia ou drogaria.
08. VALIDADE DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA: A Notificação de Receita terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão.

09. ESCRITURAÇÃO: Toda empresa, estabelecimento ou órgão oficial que produza, comercialize ou manipule substância ou produto de que trata esta Portaria com qualquer finalidade deverá escriturar e manter os seguintes documentos:
- Livro de Receituário (conforme o caso).
  - Livro de Registros.
  - Relação Mensal de Vendas.
  - Balanço Trimestral.
  - Balanço Anual.
  - Documentos comprovantes de movimentação de estoque.
  - A escrituração de todas as operações relacionadas com substâncias e medicamentos será feita de modo minucioso, legível, sem rasuras, sendo permitida a emissão de documentos por sistemas de processamento de dados.
  - Os livros de Registro destinam-se à anotação em ordem cronológica de estoque de entradas (por aquisição ou produção) e saídas (por venda, processamento, uso ou perdas).
  - Todas as operações efetuadas serão semanalmente registradas pelos responsáveis técnicos em Livro de Registro.
  - Cada página do Livro de Registro será destinada à escrituração de uma só substância ou medicamento, devendo haver um livro para entorpecentes e um livro para psicotrópicos.
  - Do Livro de Receituário contendo medicamentos da Relação A deverá constar o nome e a residência do paciente, o nº da Notificação de Receita e nome e inscrição no Conselho Regional de Medicina (odontologia ou veterinária conforme o caso).
  - Do Livro de Receituário contendo medicamentos da Relação B é dispensável o nome e endereço do paciente nome e CRM do médico ou de outro profissional habilitado.
  - No Livro de Registro serão anotados Termos de abertura e de encerramento pela Autoridade Sanitária Distrital, que rubricará todas as suas páginas.

Os farmacêuticos responsáveis por empresas e estabelecimentos que exerçam qualquer atividade destinada à produção e/ou comercialização das substâncias e medicamentos desta Portaria enviarão até o dia 15 (quinze) de cada mês à Autoridade Sanitária Distrital relação de vendas efetuadas no mês antecedente a outras empresas, estabelecimentos, entidades hospitalares, para-hospitalares, de pesquisa e ensino.

- As relações serão feitas em Impressos do Modelo 4, e atenderão os seguintes requisitos:
  - a) As substâncias e medicamentos serão relacionadas sucessivamente pela ordem das listas e das relações A e B.
  - b) As quantidades serão expressas em algarismos arábicos, indicando as apresentações fornecidas.
  - c) Serão assinaladas as datas de remessas e dos vistos.

10. **BALANÇO:** Farmácias, Drogeries, estabelecimentos hospitalares (hospitais, casas de saúde, clínicas e congêneres) deverão apresentar o balanço anual e trimestral em 03 (três) vias à Autoridade Sanitária Distrital para o visto, duas das vias ficarão em poder da Autoridade Distrital (que enviará uma das vias à Autoridade Sanitária Central), a 3a. via ficará em poder do estabelecimento.
- Estabelecimentos que exerçam atividades de produção, comércio nacional, Importadores, exportadores, unidades de ensino e pesquisas, farmácias magistrais, distribuidoras deverão apresentar o balanço anual e trimestral em 04 (quatro) vias a Autoridade Sanitária Distrital para o visto, 02 (duas) das vias ficarão em poder da Autoridade Sanitária Distrital (que enviará uma das vias a Autoridade Sanitária Central) a 3a. via ficará em poder do estabelecimento em questão e a 4a. via será remetida à DIMED pela empresa.
  - O balanço trimestral vencido nos últimos dias dos meses de março, junho, setembro e dezembro deverá ser entregue 15 (quinze) dias após o encerramento do trimestre O Balanço Anual será entregue até o dia 30 de janeiro.
11. **GUARDA DE DOCUMENTOS:** As Notificações de Receita A e as Notificações de Receita B ficarão arquivadas nas farmácias e drogeries para "visto", pelo prazo de 2 (dois) anos.
- Os Livros, Balanços e demais documentos deverão ser mantidos pelo prazo de 2 (dois) anos, findo o qual poderão ser destruídos nos estabelecimentos em questão.
12. **EMBALAGEM:** As embalagens de substâncias, ou medicamentos, entorpecentes e psicotrópicos serão invioláveis e permitirá sua fácil identificação.
- Os rótulos de embalagens dos medicamentos (relação 4) que contenham substâncias entorpecentes deverão ter uma faixa horizontal de cor preta abrangendo todos os seus lados na altura do terço médio e com largura não inferior a um terço da largura do maior lado da face maior, contendo os dizeres "Venda sob Prescrição Médica" e "Atenção Pode Causar Dependência Física ou Psíquica". Os medicamentos (relação B) contendo substâncias psicotrópicas deverão conter faixa de cor preta com os dizeres "Venda sob Prescrição Médica". - O Abuso deste Medicamento Pode Causar Dependência.
- Nas bulas dos medicamentos a que se refere o item supra citado deverão constar obrigatoriamente, em destaque e em letras de corpo maior de que o texto a expressão: "Atenção - Pode Causar Dependência Física ou Psíquica" (relação A) - " O abuso deste medicamento Pode Causar Dependência". (relação B).
  - As formulações magistrais contendo substâncias constantes desta Portaria, deverão conter em sua rotulagem dizeres equiparáveis aos das embalagens comerciais, que poderão ser colocados sob a forma de etiqueta.
  - Não será permitida a venda de substâncias ou medicamentos constantes desta Portaria se os impressos não satisfizerem à exigências destes itens.
14. **DISPOSIÇÕES GERAIS:** A Autoridade Sanitária Estadual regulamentará no que se refere ao controle exercido no âmbito do Estado: documentação, formulários, periodicidade das informações, bem como cumprirá e fará cumprir as determinações baixadas pelo DIMED, constantes desta Portaria.
- Os médicos, cirurgiões-dentistas e veterinários poderão possuir maleta de emergência com as especialidades farmacêuticas das relações A e B sendo que as quantidades e controle das reposições serão estabelecidos pela Autoridade Sanitária Distrital.
  - As Autoridades Sanitárias e policiais competentes auxiliar-se-ão mutuamente nas diligências que se fizerem necessárias ao fiel cumprimento desta Portaria.
  - Produtos que contenham as substâncias mencionadas nesta Portaria estão sujeitos a todas as disposições nela contida ainda que não mencionados nas relações A ou B.
  - Os casos omissos serão submetidos à apreciação da DIMED
  - Ficam revogadas as disposições em contrário.
  - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.
15. **DAS PENALIDADES:** O fornecimento de Bloco de Notificação de Receita A será suspenso quando for apurado seu uso indevido pelo profissional.
- Quando, por motivo de natureza fiscal ou processual for apreendido num estabelecimento farmacêutico, hospitalar para-hospitalar ou de ensino e pesquisa o "Livro de Registro" ou as substâncias e/ou medicamentos de que trata esta Portaria, o estabelecimento não poderá operar com as referidas substâncias e/ou medicamentos de que trata esta Portaria, até que o livro seja liberado ou substituído, se for o caso, pela autoridade sanitária competente.
  - A falta de remessa nos prazos estipulados dos Balanços exigidos acarretará a suspensão da Autorização Especial e da concessão de "Visto" para Comercialização e Transporte.
  - A inobservância dos preceitos desta Portaria configura infração sanitária ficando o infrator sujeito ao processo e as penalidades previstas na Lei nº 6437 de 20.08.1977, sem prejuízo das demais cominações civis e penais cabíveis.

**LISTA I - DAS SUBSTÂNCIAS ENTORPECENTES**  
(Sujeita à Notificação de Receita A)

01) ACETORFINA

02) ACETILMETADOL

03) ALFENTANIL	44) FENTANIL
04) ALILPRODINA	45) FURETIDINA
05) ALFACETILMETADOL	46) HIDROCODONA
06) ALFAMEPRODINA	47) HIDROMORFINOL
07) ALFAMETADOL	48) HIDROMORFONA
08) ALFAPRODINA	49) HIDROXIPETIDINA
09) ANILERIDINA	50) ISOMETADONA
10) BENZETIDINA	51) LEVOMORAMIDA
11) BENZILMORFINA	53) LEVOFENACILMORFANO
12) BENZOIL MORFINA	54) LEVORFANOL
13) BETACETILMETADOL	55) METAZOCINA
14) BETAMEPRODINA	56) METADONA (d.L e intermediário)
15) BETAMETADOL	57) METILDESORFINA
16) BETAPRODINA	58) METILDIIDROMORFINA
17) BEZITRAMIDA	59) METOPON
18) BUTORFANOL	60) MIROFINA
19) CETOBEMIDONA	61) MORAMIDA (intermediário)
20) CLONITAZENO	62) MORFERIDINA
21) CODOXIMA	63) MORFINA
22) CONCENTRADO DE PALHA DE DORMIDEIRA	64) NICOMORFINA
23) DEXTROMORAMIDA	65) NORACIMETADOL
24) DIAMPROMIDA	66) NORLEVORFANOL
25) DIETILTAMIBUTENO	67) NORMETADONA
26) DIFENOXILATO	68) NORMOFINA
27) DIFENOXINA	69) NORPIPANOINA
28) DIIDROMORFINA	70) N-OXICODEINA
29) DIMEFEPTANOL (METADOL)	71) ÓPIO
29) DIMEFEPTANOL (METADOL)	72) OXICODONA
30) DIMENOXADOL	73) OXIMORFONA
31) DIMETILTAMIBUTENO	74) PENTAZOCINA
32) DIOXAFETILA (BUTIRATO)	75) PETIDINA (intermediária A,B,C)
33) DIPIPANOINA	76) PIMINODINA
34) DROTEBANOL	77) PIRITRAMIDA
35) ETILMETILTAMIBUTENO	78) PROHEPTAZINA
36) ETONITAZENA	79) PROPERIDINA
37) ETORFINA	80) RACEMETORFANO
38) ETOXERIDINA	81) RACEMORAMIDA
39) FENADOXONA	82) RACEMORFANO
40) FENANPROMIDA	83) SUFENTANIL
41) FENAZOCINA	84) TEBACON (ACETILDIIDROCODEINONA)
42) FENOMORFANO	85) TEBAINA
43) FENOPERIDINA	86) TILIDINA
	87) TRIMEPERIDINA

Todos os sais e isômeros obtidos a partir das substâncias listadas.

### **LISTA II DE SUBSTÂNCIAS ENTORPECENTES (SUJEITAS À NOTIFICAÇÃO DE RECEITA A)**

01) ACETILDIIDROCODEÍNA	06) FOLCODINA
02) CODEÍNA	07) NICOCODINA
03) DEXTROPROPOXIFENO	08) NICODICODINA
04) DIIDROCODEÍNA	09) NORCODEÍNA
05) ETILMORFINA (DIONINA)	10) PROPÍRAM

Todos os sais e isômeros obtidos a partir das substâncias listadas

- 1) Preparações de ACETILDIIDROCODEÍNA, CODEÍNA, DIIDROCODEÍNA, ETILMORFINA, FOLCODINA, NICODICODINA e NORCODEÍNA associados a um ou mais outros componentes, em que a quantidade de entorpecentes não exceda 100 miligramas por unidade posológica, em que a concentração não ultrapasse 2,5% nas preparações de formas indivisíveis, permanecem sob a disciplina da Portaria DIMED 27 de 24/10/86.
- 2) Associações medicamentosas contendo DEXTROPROPOXIFENO sob a forma de comprimidos sem outra substância listada nesta Portaria, em que a quantidade de entorpecente não exceda 100 miligramas por unidade posológica e em que a concentração não ultrapasse 2,5%, nas preparações indivisíveis, ficam sob a disciplina da Portaria DIMED 27 DE 24/10/86.
- 3) Preparações de DIFENOXILATO contendo, por unidade posológica, não mais que 2,5 miligramas de DIFENOXILATO calculado como base, e uma quantidade de sulfato de atropina equivalente a, pelo menos, 1% da quantidade de DIFENOXILATO, ficam sob a disciplina da Portaria DIMED 27 de 24/10/86.
- 4) Preparação de DIFENOXINA contendo, por unidade posológica, não mais que 0,5 miligramas de DIFENOXINA, e uma quantidade de sulfato de atropina equivalente a, pelo menos, 5% da quantidade de DIFENOXINA, ficam disciplinadas pela Portaria DIMED nº 27 de 24/10/86.

- 5) Preparações à base de PROPIRAM, contendo não mais que 100 miligramas de PROPIRAM por unidade posológica e associados, no mínimo, a igual quantidade de metilcelulose, ficam disciplinadas pela Portaria DIMED 27 de 24/10/86.  
por unidade posológica e associados no mínimo a igual quantidade de metilcelulose ficam disciplinadas pela Portaria DIMED 27 de 24 10 86

**LISTA I DE SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS  
(SUJEITAS À NOTIFICAÇÃO DE RECEITA A)**

- |                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| 01) ANFETAMINA     | 08) FENMETRAZINA      |
| 02) CATINE         | 09) LEVANFETAMINA     |
| 03) CLORBENZOREX   | 10) LEVOMETANFETAMINA |
| 04) CLORFENTERMINA | 11) METANFETAMINA     |
| 05) DEXANFETAMINA  | 12) METILFENIDADO     |
| 06) FENCICLIDINA   | 13) TANFETAMINA       |
| 07) FENETILINA     |                       |

Todos os sais e isômeros obtidos a partir das substâncias relacionadas

**LISTA II DE SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS  
(SUJEITAS À NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B)**

- |                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| 01) ALOBARBITAL                  | 36) HALAZEPAM                     |
| 02) ALPRAZOLAM                   | 37) HALOXAZOLAM                   |
| 03) AMOBARBITAL                  | 38) LEFETAMINA                    |
| 04) ANFEPRAMONA (DIETILPROPIONA) | 39) LOPRAZOLAM                    |
| 05) BARBEXACLONE                 | 40) LORAZEPAM                     |
| 06) BARBITAL                     | 41) LORMETAZEPAM                  |
| 07) BROMAZEPAM                   | 42) MAXINDOL                      |
| 08) BUTALBITAL                   | 43) MEDAZEPAM                     |
| 09) CAMAZEPAM                    | 44) MEFENOREX                     |
| 10) CATAZOLAM                    | 45) MEPROBAMATO                   |
| 11) CETAZOLAM                    | 46) METIL FENOBARBITAL (PROMINAL) |
| 12) CICLOBARBITAL                | 47) METIPRILONA                   |
| 13) CLORDIAZEPOXÍDO              | 48) MIDAZOLAM                     |
| 14) CLOBAZAM                     | 49) N-ETILANFETAMINA              |
| 15) CLONAZEPAM                   | 50) NIMETRAZEPAM                  |
| 16) CLORAZEPATO                  | 51) NITRAZEPAM                    |
| 18) CLOTIAZEPAM                  | 52) NORCANFANO (FENCANFAMINA)     |
| 19) CLOXAZOLAM                   | 53) NORDAZEPAM                    |
| 20) DELORAZEPAM                  | 54) OXAZEPAM                      |
| 21) DIAZEPAM                     | 55) OXAZOLAM                      |
| 22) ESTAZOLAM                    | 56) PENTOBARBITAL                 |
| 23) ÉTER ETÍLICO                 | 57) PINAZEPAM                     |
| 24) ETCLORVINOL                  | 58) PIPRADOL                      |
| 25) ETIL LOFLAZEPATO             | 59) PIVOARELONA                   |
| 26) ETINAMATO                    | 60) PRAZEPAM                      |
| 27) FENDIMETRAZINA               | 61) PROLINTANO                    |
| 28) FENFLURAMINA                 | 62) PROPILEXEDRINA                |
| 29) FENOBARBITAL                 | 63) SECOBARBITAL                  |
| 30) FENTERMINA                   | 64) TEMAZEPAM                     |
| 31) FENPROPOREX                  | 65) TETRAZEPAM                    |
| 32) FLUDIAZEPAM                  | 66) TIAMILAL                      |
| 33) FLUNITRAZEPAM                | 67) TIOPENTAL                     |
| 34) FLURAZEPAM                   | 68) TRIAZOLAM                     |
| 35) GLUTETIMIDA                  |                                   |

Todos os sais e isômeros obtidos a partir das substâncias listadas.

**RELAÇÃO A  
PRODUTOS SUJEITOS A NOTIFICAÇÃO A**

**BUTORFANOL**

DORFANOL - BRISTOL  
STADOL - BRISTOL

**DEXTROPROPOXIFENO**

ALGAFAN - INJETÁVEL DARROW  
DORSCOPENA - INJETÁVEL - ARISTON

**FENTANIL**

FENTANIL - JANSEN  
INOVAL - JANSEN

**METADONA**

METADONA - ELI LILLY

**METILFENIDATO**

MODELIN - BIOGALÊNICA

**MORFINA**

CLORIDATO DE MORFINA - C. GRANADO  
MORFINA COM ATROPINA - GEYER  
MORFINA CLORO - GEYER

XAROPE MERCK DE EFETONINA - MERCK

**PENTAZOCINA**

SOSSEGON - THE SYDNEY ROSS

**PETIDINA**

DEMORAL - THE SYDNEY ROSS

DOLANTINA - HOECHST

MEPERIDINA - CRISTÁLIA

PETIDINA - CEME



**RELAÇÃO B****PRODUTOS SUJEITOS A NOTIFICAÇÃO B'****ALFRAZOLAM**

FRONTAL - UPJOHN  
 XANAX UPJOHN  
**ANFEPRAMONA (DIETILPROPIONA)**  
 ABULEMPAX (AP) CEIL  
 COMPRIMIDO DE DIETIL PROPIONA  
 AP-FARMÉDICA  
 DIETIL PROPIONA-FARMÉDICA  
 DIETIL PROPIONA-AMÉRICA LATINA  
 NATURAL IND. E COM  
 DIETIL PROPIONA E FENOLFTALEÍNA  
 AP-FARMEDICA  
 DUALIO-DEGUSSA  
 HIPOFAGIN ORER  
 INIBEX-IOC  
 MINOREX-DARROW  
 MODERIL-ACHÉ  
 MODERINE - DIVISÃO PRATA  
 OBESICAPS - MAKROS  
 TEMIRAN DOSPAN - MOURA BRASIL

**BROMAZEPAM**

BROMOPIRIN - A NOVA QUÍMICA  
 BROPAX FARMASA  
 BROZEPAX - ALCON  
 DEMAX - DE ANGELI  
 DEPTRAN BEECHAM  
 LECTONIL - IOC  
 LEXOTAN - ROCHE  
 LEXPIRIDE - ROCHE  
 PAXENC - SINTOFARMA  
 SULPAN ESPASIL

**BUTALBITAL**

CAFERGOT PB - SANDOZ  
 TONOPAN - SANDOZ

**CAMAZEPAM**

ALBEGO - ZAMBON  
 PAXOR - BRISTOL  
 VICILAM - COOPERS

**CETAZOLAM**

KETAPAX - BEECHAM  
 UNAKALM - UPJOHN

**CILCOBARBITAL**

CICLOBARBITAL CATARINENSE

**CLORDIAZEPÓXIDO**

ANXIOLAX - DOVALLE  
 BIOSTIL - A NOVAQUÍMICA  
 CLIMOPAX - DARROW  
 DIETEX - ACHÉ  
 LIBRAX - ROCHE  
 LIBRIUM - ROCHE  
 LIMBITROL - ROCHE  
 MADALEN - RORER  
 MEDIAZIN - EMS  
 MENOSEDAN HALLER  
 MENOSTRESS - DANSK-FLAMA  
 MENOTENSIL - SINTOFARMA  
 PSICOSEDIN (AD) - FARMASA  
 RELAXIL (AD) - DANSK-FLAMA  
 TENSIL SINTOFARMA

**CLOBAZAM**

CLOBASIUM - SINTOQUÍMICA  
 FRISIUM - HOECHST  
 LIBIAN - LIBBS  
 URBANIL - SARSA

**CLONAZEPAM**

CLENIL DE ANGELI  
 CONAZIL - FARMASA  
 CLONIX - ALCON  
 CLOZEPAN - FRUMTOST  
 RIVOTRIL - ROCHE

**CLORAZEPATO**

BELSERENE - BRISTOL  
 MODIUR-ARISTON  
 PRAGMALIN-ESPASIL  
 TRANXILENE(AD) - SANOFI

**CLOXAZOLAM**

ELLUM - FARMASA  
 OLCADIL - SANDOZ

**DIAZEPAN**

ALEVIN - ROCHE  
 ANSIEX (AD) DELTA  
 ANSILIVE - LIBBS  
 ANSIOLIN - INST. BIOQUÍMICO  
 ANTIDISTON - HOECHST  
 APEX - HERALD'S  
 ASOTINE - HOSBON  
 BROPAX - FARMOQUÍMICA  
 CALMACID - ISA  
 CALMOCITENO (AD E GI) - IOC  
 CEFALGIN - ACHÉ  
 CEFALIUM - UNIÃO QUÍMICA  
 COMPAZ - CRISTÁLIA  
 CORADILAN - FARMASA  
 CUAIT D e N - ARISTON  
 DIARONA - HONORTERÁPICA  
 DIAZELONG - 3M DO BRASIL  
 DIAZENOX - BRASTERÁPICA  
 DIALUBRIN - FLEMING  
 DIAZEPAN - BILL - IND. FARMACÊUTICA  
 DIAZEPAN - FURP  
 DIAZEPAN - CEME  
 DIAZEPAN - BRASMÉDICA  
 DIAZEPAN - A NOVA QUÍMICA  
 DIAZEPAN - BELFAR  
 DIAZEPAN - CAZI  
 DIAZEPAN - MILLIAN  
 DIAZEPAN - IOC  
 DIAZEPAN - ALCON  
 DIAZEPAN - HERALD'S  
 DIAZEPAN - DANSK-FLAMA  
 DIAZEPAN - VITAL BRASIL  
 DIAZEPAN AD-BERGAMO  
 DIAZEPAN AD-QIF  
 DIAZEPAN AD-FISIOQUÍMICA  
 DIAZEPAN AD-GILTON  
 DIAZEPAN AD-NATUS  
 DIAZEPAN AD-ODONTUS  
 DIAZEPAN AD-UNIÃO QUÍMICA  
 DIAZEPAN AD-MILLIAN  
 DIAZEPAN AD-BUNKER  
 DIAZEPAN AD-SEDABEL  
 DIAZEPAN AD-SANVAL  
 DIAZEPAN AD-LUPER  
 DIAZEPAN AD-FLOPEN  
 DIAZEPAN COMPOSTO-KLEY HERTZ  
 DIAZEPAN COMP.-LABORSIL  
 DIAZEPAN COMP.-EMS  
 DIAZEPAN COMP.-WINDSON  
 DIAZEPAN COMP.-NATURE'S PLUS  
 DIAZEPAN COMP.-HERUS  
 DIAZEPAN COMP.-FARMÉDICA  
 DIAZEPAN COMP.-HERALD'S  
 DIAZEPAN COMP.-DANSK-FLAMA  
 DIAZEPAN COMP.-CRISTÁLIA  
 DIAZEPAN COMP.-VITAL BRASIL  
 DIAZEPAN COMP.-LIBRA  
 DIAZEPAN COMPOSTO AD-DELTA  
 DIAZEPAN COMP. AD - DINAFARMA  
 DIAZEPAN COMP. AD-ZAMBELETTI  
 DIAZEPAN COMP. AD-NECKERMAN

DIAZEPAN COMP. AD-LEPER  
 DIAZEPAN COMP. AD-CÍCERO DINIZ  
 DIAZEPAN COMP. AD-ORTOQUÍMICA  
 DIAZEPINA (AD) - A NOVAQUÍMICA  
 DIAZETARD - ACHÉ  
 DIEMPAX (AD GI e AP) SONOFI  
 DIESTREN (AD) - FARMOQUÍMICA  
 DILATIN - EMS  
 DIMEZEPAN - A NOVAQUÍMICA  
 DISTOFUL - GLAXO  
 DISTONIL - HARVARD  
 DISTOZEPAN - A NOVAQUÍMICA  
 DIZIATRO - IATROFARMA  
 DOROSTIL - MEDIC  
 EPILEX - WANTUIL  
 EVITRESS (GI) - EVERSIL  
 FARMIU (AD e GI) - FARMION  
 ISAZEPAN - ISA  
 KIATRIUM (AD) - GROSS  
 KINOPASM - KINDER  
 LETANSIL - IQB  
 LUDISTON - ABBOTT  
 LUZEPIN (AD) - BRASMÉDICA  
 MADAR-SINTEX  
 MELPAZIL (AD) - PROFAB  
 MENOPAX COM CICLOFENIL - ACHÉ  
 MODERASIN - EMS  
 NEOSEDAN - NEOVITA  
 NERVONAL - UCIFARMA  
 NOAN (AD) - FARMASA  
 NORMOGEN - APSEN  
 NOVALZEPAN - QIF  
 OXATRAT - A NOVAQUÍMICA  
 PACITRAN (AP) - CEIL  
 PAXATE - BRISTOL  
 PAZOLINI - LABFF  
 PROCARDIL - FARMASA  
 PROCORDIUM - DE ANGELI  
 PROPAX - GEYER  
 PRODIU - FARMASA  
 PRORELAX - IODO SUMA  
 PSILEX - ALCON  
 QUIETAZINE - CEIL  
 SEDAR - IQC  
 SEDAZEPAN - USAFARMA  
 SEDAPIN ADA OICY  
 SEDIMPEX - QUIMIOERÁPICA  
 SENAZEPAN - A NOVAQUÍMICA  
 SEROMET (AD e AP) - KITACRON  
 SINTAVERIN - MERCK  
 SOMALIUM (AD E GI) - 3M DO BRASIL  
 SOMAPLUS (AD e GI) - 3M DO BRASIL  
 SPASMOTROPIN - LEGRAND  
 TENSIDIL - EMS  
 TENSOPAN - SINTERÁPICO  
 TULIN AD) - INAF  
 ULCEPIN - ALCON  
 USEMPAX - USAFARMA  
 VAGONIL - ELO FAR  
 VALIUM - ROCHE  
 VALIX - SINTOFARMA  
 VALPAX - ROCHE  
 VERACALM - KNOLL  
 VERAPAN - ZULKE  
**ESTAZOLAM**  
 NOCTAL - ABBOTT  
**FENFLURAMINA**  
 MODEREX - ACHÉ  
**FENPROPOREX**  
 ABISTIL - BIOFARMA  
 BUTIAL - FRUMTOST  
 DESOBEST - DEGUSSA  
 ESBELTRAT - LUPER  
 FACOLLES - TOTABION

GULASTOP (AP) - MAJER-MEYER  
 HASTIL - WANTUIL  
 HORMITAL - CLIMAX  
 INOBESIN (AP) - CARVALHO LEITE  
 LIPENA - SARSA  
 ELEPSIN - SEARLE  
 LIPOMAX (AP) - MAKROS  
 LIPORINE (AP) - HERALD'S  
 MICROFAGE - TOTABION  
 NOBESSE (AP) - FARMÉDICA  
 PESONEX - NECKERMAN  
 PONDEREX (AP) - EMS  
 PROPOREX (AP) - HOSBON  
 SUPREFOM - IBIFARM  
**FLUNITRAZEPAM**  
 FLUNIX - FARMALAB  
 FLUSERIN - A NOVAQUÍMICA  
 HIPNOX - ATRAL  
 PRE-SONIL - FARMA  
 ROHYPNOL - ROCHE  
**FLURAZEPAM**  
 DALMADORM - ROCHE  
 INSONIUM - SCHERING  
 LUNIPAX - BEECHAM  
 SOMNITEX - HOSBON  
 SONIUM - GROSS  
**GLUTETIMIDA**  
 DORIDEN - BIOGALÉNICA  
**LORAZEPAM**  
 ACALMEX - MILLIAN  
 ANSTOPAN - DEGUSSA  
 ANSIOTEX(AD) - HONORTERÁPICA  
 CALMEX - IQB  
 CALMOGENOL (AD) - BRAMÉDICA  
 DIAPAZ (AD e GI) - MAJER-MEYER  
 LORADISTON-IMA  
 LORAFAR-BELFAR  
 LORANS (GI) - FARMALAB  
 LORATENSIL - TOSTES  
 LORAX-FONTOURA-WYETH  
 LORAZAM-USAFARMA  
 LORAZEPAN-CEIL  
 LORAZEPAN (AD) - FRUNTOST  
 LOREPAN - NOVOTERÁPICA  
 LOREPAX - COMFASA  
 LORICALME - FARMÉDICA  
 LORIL - SINTOFARMA  
 LORIUM (GI) - ACHÉ  
 LORINAL - GEMBALLA  
 LUTAWIN - SYDNEY ROSS  
 MAXPAX (AD) - ANUS  
 MESMERIN - A NOVAQUÍMICA  
 NEUROPAX (AD) - INAF  
 NIKKODISTON - NIKKO  
 PSICOPAX (AD) - SCHERING  
 RELAX (AD) - DARROW  
 RELEX - EMS  
 RILEXINE - QIF  
 SEDACALM - MILLIAN  
 SEDATRIUM (GI) - SINTOFARMA  
 SOSSEGRAND - LORENZINI  
 SOTTO (GI) - ORTOQUÍMICA  
 STABILIN (AD) - ZAMBELETI  
 TOTA PAX - TOTABION  
 TRANLEX - DE ANGELI  
 VAGOFIL - RORER  
**MAZINDOL**  
 ABSTEN (PLUS) - IQC  
 QFINAM - HOECHST  
 ANOBESE - LESSEL  
 DASTEN (PLUS) - DEGUSSA  
 DIALEN - DIFFUCAP  
 DIAZINIL - A NOVAQUÍMICA  
 DIESTET - ABBOTT

DIAMAGRAN - BIOCHÍMICO  
DIMAGRESS-HERALD S.  
DIMALEN - DIFFUCAP  
DIOREX-DORROW  
FAGOLIPO (D) - LIBBS  
FASTINAM - ZAMBELETTI  
FATCAPS - FARMABRAS  
FATLEX - HALLER  
FRUXAL (PLUS) - ZAMBON  
INGEZIN - CARVALHO LEITE  
LIPESE - UNIÃO QUÍMICA  
LIPOGRASSIL (D) - INAF  
MAGRIZOL - FARMÉDICA  
MAZINIL - A NOVAQUÍMICA  
MAZINOR - ORTOQUÍMICA  
MODERAMINA - LABORSIL  
OBELIN - BERGAMO  
OBERON - LABORSIL  
OBESIL - A NOVAQUÍMICA  
OBESONIX - SINTERÁPICO  
SANDREX - SANDOZ  
**MEDAZEPAM**  
DIEPIN (AD) - BIOSINTÉTICA  
DISTOUIT - LABFF  
MAZEPAN - HOSBON  
MEDAZEPAN - IQC  
MEDAZEPAN (AD) - FARMASA  
MODERAKID - FRUMTOST  
NERVIUM (G) - DE MAYO  
NEUROSLAN - DE MAYO  
NOBRIUM (AD) - ROCHE  
NOBRIX - LABORSIL  
PAXTON (AD) - LEGRAND  
PSIQUIUM - SINTOFARMA  
SELES (AD) - FARMITÁLIA  
SERENIUM (AD) - MERREL  
TENSOCRON (AD) - KNOLL

YATE (AD) - A NOVAQUÍMICA  
**MEFENOREX**  
DINOBOX - DINAFARMA  
ESBELTINA - FARMÉDICA  
MODERAFON - SINTERÁPICO  
NOREXIL - FRUMTOST  
PONDERON - CARVALHO LEITE  
PONIL - SINTOQUÍMICA  
**MEPROBAMATO**  
BABYPAX - USMED  
BELALBAN - MEDQUÍMICA  
BENEGEL - LEGRAND  
BISMUCALM - SANOFI  
CARDIOFANTUS - SIBRAS  
CLOVERIN - HOECHST  
DEPROMAT - SQUIBB  
EQUANIL - FONTOURA-WYETH  
FIDEPAX - USMED  
GELBIS - FRANZ  
LEPENIL (AD) - LEPETIT  
NAUSEOL - FONTOURA  
OASIL - ZAMBON  
PATHIBAMATE - MERCK-SHARP  
RAULAND - NATURES PLUS  
RELAXIN - HOECHST  
SEXDAY - FLOPEN  
SONDASIL - ZAMBON  
TRANQUILEX (Infantil) - SINTOFARMA  
**MIDAZOLAM**  
DORMONID - ROCHE  
**NITRAZEPAM**  
ADORM (AD) - NIKKO  
MOGADON - ROCHE  
NITRAZEPAM - CEME  
NITRAZEPAM - CRISTÁLIA  
NITRAZEPOL - FARMASA  
NITREMPAX(AD) - CEIL

SONEBON - A NOVAQUÍMICA  
SONOTRAT (AD) - IQC  
**OKAZEPAM**  
ADUMBRAN - BOEHRINGER  
ANSIEPAX(AD) - JOMA  
BUSCOPAXAN - BOEHRINGER  
CLIZEPINA - CLIMAX  
LEXSEPIN - LABRATOS  
MAIOREL (AD) - CALBOS  
NOTARAL - FONTOURA - WYETH  
OXA-SEDANIUM - LEGRAND  
OKAZEPOL-SYBTEX  
TENZOLISIN-RORER  
**OKAZOLAM**  
SONOMATIL - MERCK  
**PENTOBARBITAL**  
DILACORON(S) - KNOLL  
DRINECALCI - ABBOTT  
NEMBUTAL - ABBOTT  
NORIZODRINE - ABBOTT  
XAROPE DE IOETO DE POTÁSSIO-EMS  
**PIPADROL**  
EXCIVIT - WANTUIL  
**PRAZEPAM**  
QUIPAX - WARNER-LAMBERT  
**TEMAZEPAM**  
LEVANXOL - FARMITALIA  
TEMAFAX (AD) - DEGUSSA  
**TIAMILAL**  
SURITAL-WARNER-LAMBERT  
TIAMILAL-CRISTÁLIA  
**TIOPENTAL**  
THIOPENBUTAL - ABBOTT  
**TRIAZOLAM**  
HALCION - UPJOHN  
ONIRIUM - SINTOFARMA  
SOMNIUM - ACHÉ

## FOLHETO EXPLICATIVO

PORTARIA 28/86

### Lista de Proscritos

Definição: Substâncias de uso proscrito no Brasil. Baseada na Lista I da convenção sobre substâncias Psicotrópicas de 1971, aprovada pela Conferência das Nações Unidas com adendos.  
Controle: Não podem ser comercializados.

### Lista de Substâncias Entorpecentes

Definição: Baseada na Lista I da Convenção Única de 1961 sobre substâncias Entorpecentes aprovada pela Conferência das Nações Unidas com adendos.  
Controle: Relação A sujeitos a apresentação de Notificação de receita A

### Lista II de Substâncias Entorpecentes

Definição: Baseada na Lista II da Convenção Única de 1961 sobre Substâncias Entorpecentes aprovada pela Conferência das Nações Unidas com adendos  
Controle: Relação A sujeitos à apresentação da Notificação de Receita A.

### Adendo À Lista II de Entorpecentes

Definição: Relação Baseada na "Enumeração dos preparados incluídos na Lista III" da Convenção Única de 1961 sobre substâncias Entorpecentes aprovada pela Conferência das Nações Unidas com adendos.  
Controle: Sujeitos às determinações da Portaria DIMED nº 27/86, devendo haver retenção da receita do medico no momento da dispensação.

### Lista I de Substâncias Psicotrópicas

Definição: Baseada na Lista II da Convenção sobre substâncias Psicotrópicas de 1971, aprovada pela Conferência das Nações Unidas com adendos.  
Controle: Relação A sujeitos a apresentação da Notificação de Receita A.

### Lista II de Substâncias Psicotrópicas

Definição: Baseada nas Listas III e IV da Convenção sobre substâncias Psicotrópicas de 1971 aprovada pela Conferência das Nações Unidas com adendos  
Controle: Relação B sujeitos a apresentação de Notificação de Receita B.

**PORTARIA 28/86** -Na íntegra, encontra-se à disposição dos interessados na sede do Distrito Sanitário.

# MODELOS DE RECEITUÁRIO EM ESCALA 1:50

UF _____ Nº _____  DATA ____/____/19____	UF _____ NÚMERO _____  DATA ____/____/19____	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE _____ PACIENTE _____ ASSINATURA _____	ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA NOME _____ QUANTIDADE E APRESENTAÇÃO <b>A</b> FORMA FARM./CONCENTRAÇÃO POR UNID. DOSIDOS
NOME _____ END _____ DOBAGEM _____ DATA _____	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR NOME _____ ENDEREÇO _____ IDENT. Nº _____ ÓRGÃO EMISSOR _____ TELEFONE _____		FORMEÇEDOR NOME _____ DATA ____/____/____

Cor: Amarela

UF _____ Nº _____  DATA ____/____/19____	UF _____ NÚMERO _____  DATA ____/____/19____	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE _____ PACIENTE _____ ASSINATURA _____	ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA NOME _____ QUANTIDADE E APRESENTAÇÃO <b>B</b> FORMA FARM./CONCENTRAÇÃO POR UNID. DOSIDOS
NOME _____ END _____ DOBAGEM _____ DATA _____	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR NOME _____ ENDEREÇO _____ IDENT. Nº _____ ÓRGÃO EMISSOR _____ TELEFONE _____		FORMEÇEDOR NOME _____ DATA ____/____/____

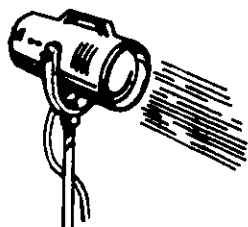
Cor: Azul

DATA	NÚMERO	PACIENTE

MEDICAMENTO	QUANT./APRES.	FORM.FARM./CONCENTR.

NOTA: UTILIZAR ESTE IMPRESSO EM UMA OU AMBAS AS CONTRA-CAPAS DO TALÃO DE RECEITUÁRIO "B". NOS CASOS DO TALÃO CONTER 10 OU 20 NR RESPECTIVAMENTE, NO CASO DE SE PRETENDER UM TALÃO COM MAIS DE 20 NR UTILIZAR, PARA CONTROLE, UM CARNÊTO, A EXEMPLO DE TALÃO DE CHEQUE.

DSV5FSCHMPCJIAN57



## RELATÓRIO ANUAL DA ASSESSORIA JURÍDICA

---

### VEJA OS MOTIVOS DAS DENÚNCIAS AO CRM EM 1986

---

- 001/86: Médico denunciado por fazer comentários desabonadores em relação à outros colegas, mudança da prescrição médica de outros colegas, conduta imprópria com pacientes e conduta homossexuais com menores durante a consulta.
- 002/86: Denúncia o hospital por descaso no atendimento da paciente, erro de diagnóstico e negligência do médico.
- 003/86: Denúncia erro de diagnóstico, condições precárias de higiene no hospital, descaso no atendimento.
- 004/86: Denúncia abandono do médico de suas atividades de plantonista.
- 005/86: Cobrança extorsiva e descaso no atendimento do paciente.
- 006/86: Prática de esterilização em massa orientadas ou realizadas por médicos não inscritos no Conselho.
- 007/86: Erro de diagnóstico que ocasionou a perda da visão do paciente.
- 008/86: Paciente liberado por hospital psiquiátrico morre vítima de agressão.
- 009/86: Erro médico.
- 010/86: Descaso no atendimento do paciente.
- 011/86: Possível participação dos médicos no Processo Ético instaurado por indícios de prática de mercantilização da medicina.
- 012/86: Erro médico por ocasião do parto da paciente.
- 013/86: Médico demitido sem justa causa por uma atitude arbitrária da direção do hospital.
- 014/86: Análise se há indícios de infração do hospital ao Princípio VIII do Código Brasileiro de Deontologia Médica.
- 015/86: Descaso, negligência e omissão de socorro do pediatra no atendimento ao paciente que se encontrava em estado grave.
- 016/86: Médicos que se apresentaram oferecendo prestação de serviços médicos gratuitos a uma entidade filantrópica que mantinha corpo clínico remunerado.
- 017/86: Análise do parecer do Sr. Assessor Jurídico, referente a petição do Dr. Aderbal Bazanela.
- 018/86: Descaso no atendimento e erro no diagnóstico do paciente que veio a óbito.
- 019/86: Médico denuncia colega que sofre de doença mental (etilismo).
- 020/86: Médicos denunciam colega que faz concorrência dentro do hospital para obter maior parte do serviço.
- 021/86: Médicos que no exercício da perícia deixaram de desempenhar suas funções com absoluta isenção.
- 022/86: Descaso e discriminação do médico e do hospital no atendimento à denunciante.

- 023/86: Denunciados, no abuso do poder tentam cercear o livre desempenho da profissão médica.
- 024/86: Omissão de socorro da paciente que se encontrava em estado grave.
- 025/86: Denúncia operação feita no hospital sem a presença de anestesista.
- 026/86: Denúncia de utilização inadequada de impresso por uma enfermeira com anuência do médico.
- 027/86: Médico induzindo pacientes a adquirirem medicamentos na farmácia de sua irmã.
- 028/86: Denúncia médica anestesista que funciona em plena greve da S.P.A., atendendo pacientes que provem de outros hospitais inclusive praticando cirurgias eletivas.
- 029/86: Análise do esquema de acadêmicos dos hospitais citados. Discussão da necessidade de uma visita "in locum" para ver o funcionamento.
- 030/86: Médico ameaça colega.
- 031/86: Descaso, erro médico e recusa de atendimento da paciente, por ocasião da cirurgia e no pós-operatório.
- 032/86: Médico faz afirmações inverídicas, caluniosas e difamatórias à pessoa do denunciante, seu colega, e como dirigente de classe.
- 033/86: Descaso e erro no diagnóstico da paciente.
- 034/86: Denúncia a mercantilização da medicina e recusa no atendimento dos pacientes credenciado pelo INAMPS.
- 035/86: Pede a análise do Conselho, dos medicamentos receituados à pacientes para emagrecer tendo em vista morte súbita por causa de uma infecção devido à baixa defesa do organismo.
- 037/86: Denúncia médico que não respeita os direitos individuais das pessoas clientes e colegas.
- 038/86: Denúncia o descaso, mercantilização da medicina e erro médico por ocasião da cirurgia.
- 039/86: Denúncia médico que cobra preços extorsivos de pacientes credenciado pelo INAMPS, operação mal feita e descaso no atendimento.
- 041/86: Denúncia os maus tratos e o descaso do médico por ocasião do trabalho de parto.
- 042/86: Análise dos fatos ocorridos por ocasião do ato cirúrgico da paciente que veio a óbito.
- 045/86: Apurar irregularidade administrativas existentes no hospital.
- 046/86: Análise das irregularidades praticadas pelo médico inclusive com recusa de atendimento mesmo nos casos de emergência.
- 049/86: Descaso e discriminação no atendimento médico.
- 050/86: Análise do ocorrido durante a cirurgia do paciente que veio a óbito.
- 052/86: Denúncia erro médico em cirurgia plástica.
- 053/86: Denúncia de mercantilização em notícia publicada no jornal.
- 054/86: Descaso do médico no atendimento de parto.
- 055/86: Denúncia de mercantilização da medicina.

## CONSULTA

**Pode o médico ter  
cancelada sua inscrição  
no CRM por falta  
de pagamento?**

**Psiu! Leia**

### PARECER

Designado para emitir parecer sobre a Resolução CFM nº 1040/80, referente ao **cancelamento de inscrição dos médicos que não satisfizeram o pagamento de suas anuidades ao Conselho Regional de Medicina, onde estiverem inscritos, caso esta falta de cumprimento daquela obrigação legal ultrapasse dois anos**, concordo integralmente com o bem lançado parecer dos Assessores Jurídicos deste Conselho Federal de Medicina que passa a fazer parte integrante do presente, recomendando aos Conselhos Regionais a efetiva utilização do **preceituado pela Lei nº 6.830/80 que dispõe sobre a cobrança judicial da Dívida Ativa da Fazenda Pública, isto é, executar judicialmente os médicos que estão em débito com os Regionais.**

É o parecer, s.m.j.,

Rio de Janeiro, 10 de dezembro de 1986

Renilson Rehem de Souza  
Cons.Relator CFM

Parecer aprovado  
Sessão Plenária 10.12.86

## CONSULTA

Consulta-nos o Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará, pelo Ofício CREMEC nº 240/86, sobre como proceder quanto aos médicos que interrompem o pagamento das anuidades relativas à inscrição secundária e deixam de solicitar o cancelamento desta modalidade de inscrição.

## PARECER

1. A Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, elenca as modalidades ou formas de inscrição dos médicos nos Conselhos Regionais de Medicina em seus artigos 17 e 18, que dispõem que a inscrição primária será feita no Conselho Regional sob cuja jurisdição se achar o local principal de atividade do médico, ao passo que a inscrição secundária será feita pelo médico já inscrito primariamente em um Conselho Regional e que passe a exercer a profissão em outra região por mais de noventa dias, isto é, com o "animus" de continuar exercendo a profissão ainda que não de maneira definitiva.

O exercício temporário da Medicina em jurisdição de outro Conselho, assim entendida a prática médica até noventa dias, não implica o dever de inscrição, mas impõe ao médico a obrigação de participar ao Conselho Regional de Medicina o seu exercício e apresentar a sua Carteira Profissional de Médico para a anotação prevista no § 1º do artigo 18 da Lei supra mencionada.

2. Portanto, enquanto o médico não transformar a sua inscrição secundária em primária, serão devidas tantas anuidades quantas forem as modalidades de inscrição que tiver, mesmo porque é possível inscrever-se secundariamente em quantos Conselhos Regionais forem necessários.

A partir do momento em que o médico deixa de recolher a anuidade relativa à sua inscrição, fica sujeito à punição mediante procedimento administrativo que culmina com a inscrição do seu débito na Dívida Ativa da Autarquia com subsequente cobrança executiva.

Os valores correspondentes às anuidades devidas pelos médicos são considerados verba pública e, como tal, não admite que os responsáveis pelas autarquias de fiscalização profissional deixem de promover a devida cobrança deste débito, inclusive perante o judiciário.

3. Desta forma, vemos que o cancelamento puro e simples da inscrição como meio de cobrança da dívida não é possível. Há que se promover a cobrança do débito, sendo certo que o cancelamento da inscrição secundária ou primária sob fundamento no inadimplemento do pagamento das anuidades não é, juridicamente, possível porque representa aplicação de sanção administrativa, sem a correspondente previsão legal conforme têm decidido nossos Tribunais, "in verbis":

"Conselhos Regionais. Sanções administrativas. Ilegalidade. O Conselho Regional não pode, através de suas resoluções, estabelecer restrições não previstas em lei ao exercício profissional de seus afiliados, a pretexto de que são devedores aos cofres da instituição. Tais sanções são até mesmo inconstitucionais, quando é sabido da existência da via própria para a cobrança de dívidas." AMS 89.368-SP. Rel. Min. Evandro Gueiros Leite, 2a. T. D.J.U. 19.11.81.

4. Destarte, uma vez que inexistente a previsão em lei, da possibilidade de cancelamento de inscrição do médico inadimplente, que esta matéria não pode ser regulada por Resoluções, o problema ora colocado em enfoque deverá ser resolvido mediante a cobrança executiva do débito.

Este é o parecer, s.m.j.

Rio de Janeiro, 14 de agosto de 1986.

Cecilia S. Marcelino  
Assessora Jurídica

Antonio Carlos Mendes  
Assessor Jurídico





# ESTATUTOS DO HOMEM

Thiago de Mello

**Artigo 1** - Fica decretado que agora vale a verdade, que agora vale a vida e que de mãos dadas trabalharemos todos pela vida verdadeira.

**Artigo 2** - Fica decretado que todos os dias da semana, inclusive as terças-feiras mais cinzentas, tem direito a converter-se em manhãs de Domingo.

**Artigo 3** - Fica decretado que, a partir deste instante, haverá girassóis em todas as janelas, que os girassóis terão direito a abrir-se dentro da sombra; e que as janelas devem permanecer, o dia inteiro, abertas para o verde onde cresce a esperança.

**Artigo 4** - Fica decretado que o homem não precisará nunca mais duvidar do homem. Que o homem confiará no homem como a palmeira confia no vento, como o vento confia no ar, como o ar confia no campo azul do céu.

Parágrafo único: - O homem confiará no homem como um menino confia em outro menino.

**Artigo 5** - Fica decretado que os homens estão livres do jugo da mentira. Nunca mais será preciso usar a couraça do silêncio nem a armadura de palavras. O homem se sentará à mesa com seu olhar limpo porque a verdade passará a ser servida antes da sobremesa.

**Artigo 6** - Fica estabelecida, durante dez séculos a prática sonhada pelo profeta Isaías, e o lobo e o cordeiro pastarão juntos e a comida de ambos terá o mesmo gosto de aurora.

**Artigo 7** - Por decreto irrevogável fica estabelecido o reinado permanente da justiça e da claridade e a alegria será uma bandeira generosa para sempre desfaldada na alma do povo.

**Artigo 8** - Fica decretado que a maior dor sempre foi e será sempre não poder dar-se amor a quem se ama e saber que é a água que dá à planta o milagre da flor.

**Artigo 9** - Fica permitido que o pão de cada dia tenha no homem o sinal de seu suor. Mas que sobretudo tenha sempre o quente sabor da ternura.

**Artigo 10** - Fica permitido a qualquer pessoa, a qualquer hora da vida, o uso do traje branco.

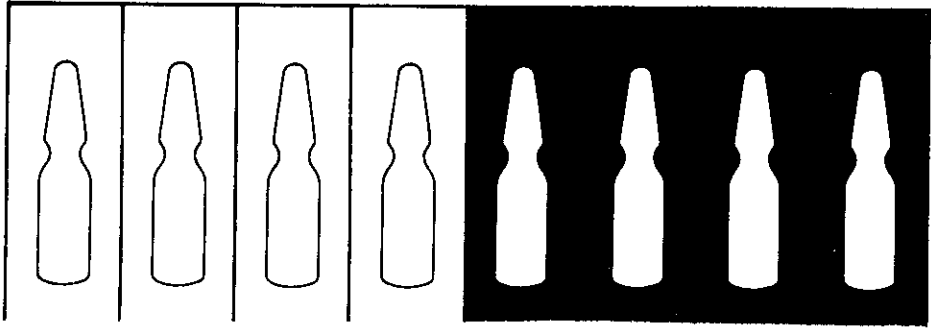
**Artigo 11** - Por decreto, por definição, que o homem é um animal que ama e que por isso é belo, muito mais belo que a entrela da manhã.

**Artigo 12** - Decreta-se que nada será obrigado nem proibido. Tudo será permitido, inclusive brincar com os rinocerontes e caminhar pelas tardes com uma imensa begônia na lapela.

Parágrafo único: Só uma coisa proibida: amar sem amor.

**Artigo 13** - Fica decretado que o dinheiro não poderá nunca mais comprar o soldas manhãs vindouras. Expulso do grande baú do medo, o dinheiro se transformará em uma espada fraternal para defender o direito de cantar e a festa do dia que chegou.

**Artigo Final** - Fica proibido o uso da palavra liberdade a qual será suprimida dos dicionários e do pântano enganoso das bocas. A partir deste instante a liberdade será alvo vivo e transparente como um fogo ou um rio, ou como a semente do trigo, e a sua morada será sempre o coração do homem.



## ÉTICA E NORMATIZAÇÃO DAS PESQUISAS FÁRMACO-CLÍNICAS NO BRASIL

Realizou-se em São Paulo, nos dias 14 a 16 de agosto de 1986, uma reunião sobre "Ética e Normatização das Pesquisas Fármaco-Clínicas no Brasil". Esta reunião foi promovida pela **Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia (AFIP)** (a) e contou com a presença de 43 pessoas pertencentes a várias instituições Governamentais (b), Sociedades Científicas e Profissionais (c), Universidades e Escolas Médicas (d) e Indústria Farmacêutica (e). Após ampla análise e discussão do problema, chegou-se às recomendações abaixo discriminadas:

1. É fundamental para o progresso científico e para o bom uso dos medicamentos no País, o desenvolvimento de ensaios clínicos no Brasil.

2. É fundamental para o progresso científico do País o desenvolvimento de ensaios pré-clínicos no Brasil.

3. As pesquisas clínicas e pré-clínicas somente deverão ser realizadas em **centros capacitados** para tal.

4. Toda pesquisa clínica deverá ser previamente aprovada pelo **Comitê de Ética** da Instituição onde a mesma se realizará; na inexistência deste Comitê, a aprovação deverá ser requerida no Conselho Regional de Medicina.

5. É urgente a criação de um **Comitê Nacional de Ética** em Pesquisas Clínicas, vinculado ao Ministério da Saúde, com a finalidade de estabelecer as normas gerais deste tipo de pesquisa. É imprescindível que este Comitê seja formado por cientistas de **reconhecida capacidade e titulação universitária**, na área.

6. O Comitê Nacional e os Comitês Institucionais de Ética deverão rotineiramente recorrer a **assessoria de especialistas** para emitir seus pareceres.

7. É fundamenta que os voluntários sadios e os pacientes de uma pesquisa clínica tenham **pleno conhecimento** dos procedimentos e riscos envolvidos. Para tal é obrigatório o uso de um **termo de consentimento pós- informado específico**, redigido em linguagem acessível. O atual "Termo de Conhecimento de Risco", em vigor e de uso obrigatório conforme a Portaria 16 de 27.11.81, deveria ser revisto ou mesmo abolido por inadequado e incompleto.

8. Os voluntários sadios e pacientes devem ser **ressarcidos das despesas** decorrentes da sua participação e **indenizados** na proporção do tempo dispendido. A importância não deverá ser, entretanto, de monta tal a interferir com a autonomia

de decisão do indivíduo ou responsável.

9. É obrigatório assegurar ao indivíduo **toda a assistência** que se fizer necessária em caso de acidentes decorrentes da pesquisa.

10. Todos os demais aspectos da Declaração de Helsinque (1975) e das Diretrizes do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (1981), deverão ser respeitados.

11. Estas recomendações e o "proceedings" da reunião deverão ser amplamente divulgados junto aos Órgãos Governamentais, Conselho Regionais, Universidades, Sociedades Científicas, Empresas Médicas e Farmacêuticas. As Entidades participantes desta reunião deverão empreender esforços no sentido da urgente implementação destas recomendações.

- 
- (a) A AFIP é uma associação sem fins lucrativos e reconhecida como de Utilidade Pública cuja finalidade é procurar desenvolver a pesquisa básica e clínica no campo da Psico-farmacologia.
  - (b) DIMED do Ministério da Saúde; Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde; Organização Panamericana de Saúde; Central de Medicamentos; Financiadora Nacional de Estudos e Projetos; Fundação Oswaldo Cruz.
  - (c) Conselho Federal de Medicina (CFM); Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CRM-SP); Sociedade Brasileira de Investigações Clínicas (SBIC); Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP); Sociedade Brasileira de Psicobiologia (SBPB); Associação Brasileira de Médicos Assessores da Indústria Farmacêutica (ABMAIF).
  - (d) Escola Paulista de Medicina (EPM); Universidade de São Paulo (USP); Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP-Ribeirão Preto); Universidade Federal de Juiz de Fora; Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Universidade Federal de Santa Catarina (UDSC).
  - (e) Johnson & Johnson; Fontoura Wyeth; Eli Lilly; Boehringer, Sintofarma; Farmasa; Bristol.

## DIREITO DE INTERNAR

### CONSULTA

Você  
concorda  
?

O CRM - Minas Gerais, para concluir o estudo sobre Corpo Clínico dos Hospitais, solicitou ao CFM o seu parecer sobre os itens:

1 - é direito do médico promover internações de seus pacientes em Hospital Público ou Privado, quando não se faça parte do seu Corpo Clínico?

2 - sendo negativa a pergunta anterior, teria o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA competência legal para baixar normas dispondo sobre o assunto?

### PARECER

A Assessoria Jurídica do CFM, reportando-se a consulta, desdobra a primeira indagação em duas nítidas situações:

- a) a localidade onde haja apenas um único Hospital (de Direito Público ou de Direito Privado), ou um único Hospital que ofereça melhores condições de trabalho;
- b) localidade com mais de um, ou mesmo múltiplos estabelecimentos hospitalares.

Na análise do caso, vejamos qual o nosso entendimento frente ao problema e a formulação do nosso parecer.

Uma das grandes preocupações do mundo contemporâneo é com a saúde da população. Isto não minimiza o valor da saúde no passado e nem pontifica que as doenças tenham sido melhor toleradas ou em menor número, senão é que a população, consciente dos seus direitos, assegurados por lei e Constituições dos dias atuais, se libertaram da resignação diante das doenças, porque estão sabendo que elas podem ser evitadas e que a prevenção, proteção e a recuperação da saúde existem concretamente para combatê-la, e, este combate se trava — em sua maior frequência — intra-muros dos hospitais, sejam públicos, sejam privados.

Numa cidade, o hospital é uma das instituições indispensáveis, de igual valor que as repartições, de um modo geral, os colégios, etc. Todavia nenhuma delas tem com a população relações mais dramáticas e transcendentais da vida: o nascimento, a doença e a morte.

O hospital está sempre a serviço do indivíduo, assim como da comunidade, e como tal, deve participar ativamente da vida do grupo

social a que serve. Ressalte-se que, a máquina propulsora desta apontada atividade, é certamente, a figura do médico. Ao lado dele, outras profissões se ajuntam para servir ao paciente. É no hospital hoje em dia, que o médico desenvolve quase sua maior atividade, principalmente certas especialidades, e não é por outra razão que a proporção de pessoas que recorrem é cada vez maior na medida em que o atendimento médico se torna mais complexo, mais caros os equipamentos auxiliares e finalmente, mais evidente a diferença entre os meios de que dispõe o hospital e o que pode reunir o médico isoladamente.

O público cada vez mais numeroso em busca da prevenção, proteção e recuperação da saúde, recorre ao hospital para submeter-se a exames de rotina e exames especiais que se constituem material de alto valor, impossível hoje de se obter, com igual facilidade e até mesmo economia, em outras instituições.

Seguramente podemos dizer, sem sombra de dúvidas, que o hospital é e será cada vez mais o centro e o eixo da maioria das atividades médicas da comunidade. Esta comunidade interessa-se tanto mais pelo hospital, porque ele cuida dos pacientes: homens, mulheres e crianças. E a sua eficiência é traduzida em menor número de dias de enfermidade, em menor número de dias de incapacidade, em maior conservação da vida, em menores preocupações e conseqüentemente, em maior bem-estar individual e coletivo.

Ao abrir suas portas aos médicos e a comunidade, o hospital não só os beneficia, como também eleva o nível técnico e previne os desvios da ética, protegendo os pacientes até dos abusos de ordem econômica. Esta participação atinge não só diretamente ao corpo hospitalar, como indiretamente a toda a comunidade promovendo os benefícios óbvios.

Talvez nos trouxesse um pouco de desconforto se fizéssemos a análise apenas do ponto de vista do direito do médico e esquecéssemos de levantar algumas questões sobre o direito de propriedade e como ajustá-la para evitar aparentes e irreconciliáveis coalizões. A propriedade é tão antiga quanto o homem; ela sempre existiu como base de família, de tribos e de indivíduos. Alguns poucos avançaram na concepção e na compreensão do assunto, defendendo o "direito da propriedade" como inerente a natureza humana: ele é base física da individualidade que se esfacela sem esse alicerce. Rousseau, já apregoava que aquele que cercou um pedaço de terra e se lembrou de dizer que ela lhe pertencia, foi o verdadeiro fundador da sociedade civil. "O começo e a imagem de usurpação de toda a terra" foi previsto por Pascal, na análise do "meu e do teu". Numa mesma linha de pensamento se manifesta Proudhon, "a propriedade era um roubo"!! Eles passaram e a propriedade permanece...

Num passado recente a revolução franco-americana incluiu-a entre os direitos fundamentais do homem. As Constituições dos Estados membros da Federação Americana e a Constituição Federal (Emendas V e XIV), asseguram "a vida, a liberdade e a propriedade", de que ninguém pode ser privado sem o "devido processo de direito". A declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789 (art. 17) e as outras que se lhe seguiram, como as Constituições respectivas (1791, 1793, ano III, ano VIII, Cartas de 1814 e 1830, Constituição de 1848, de 1952 e de 1870) garantiram esse direito fundamental do homem, que a primeira Declaração considerava "inviolável e sagrado" (art. 17).

Dáí haver, na nossa Constituição monárquica, assegurado, em termos categóricos e absolutos, o direito de propriedade. "É garantido o direito de propriedade em toda sua plenitude (art. 179 - ítem 22). Tornávamos, neste particular, à concepção romana, do "jus utendi, fruendi e abutendi", como a única limitação imposta pelo **bem público e interesse social**, que justificava a figura da desapropriação.

A República reproduziu o preceito tendo, contudo, substituído a expressão "bem público" por "necessidade pública" (Constituição Federal - 1891 - art. 72 § 17), com o que restringiu o poder expropriante do Estado, porque o conceito "bem público" é bem mais amplo que o de "necessidade ou utilidade pública".

A Constituição de 1934, inspirada nas Constituições de Weimar, art. 153, e do México, art. 27, introduziu substancial alteração no conceito de "propriedade". Esta não foi mais garantida em que não ofendesse o "interesse social ou coletivo" (art. 113 - ítem 17). Era a consagração de **"teoria social da propriedade"**, da qual Duguit foi um dos pioneiros (Le droit social, le droit individuel e la transformation de L'Etat - pág. 154). Ficou estabelecida outra limitação ao direito de propriedade, além da desapropriação por necessidade pública, e que era **"o uso da propriedade particular até onde o bem público o exija"**.

A Carta de 1937 manteve a inovação salutar da Constituição de 1934, atribuindo à propriedade "função social" embora transferisse para a lei ordinária tal como a Constituição de Weimar (art. 153) o encargo de lhe fixar o "conteúdo e os limites" (Carta de 1937 - art. 122 - ítem 14).

A Constituição de 1946 garantiu o direito de propriedade e acrescentou mais um caso de desapropriação "por interesse social" (art. 141

§ 16), que a lei ordinária deveria definir. Demais, condicionou o "uso da propriedade" ao "bem-estar social" (art. 147), e facultou a redistribuição da propriedade, com igual oportunidade para todos.

Devem ser consideradas exigências do **bem comum** no plano da mesma atividade profissional em "senso restrito" tornando-se, deste modo, bem de serviço de interesse comunitário ao maior número de cidadãos, eliminando ou reduzindo as limitações das ações médicas que propiciam, de modo indireto, numa prática de concorrência desleal ao exercício profissional, caracterizando, em perfeita transparência, ilicitudes que afrontam a dignidade do médico e, em consequência, os artigos 33 e 34 do C.D.M.

Esta visão de justiça não humilha, porque reconhece o direito daquele que recebe, um direito que nasce não da propriedade e do contrato, mas da simples necessidade, o direito de todo membro da comunidade de participar dos recursos comuns. João Paulo II, ao se pronunciar sobre a propriedade declarou: "Sobre toda propriedade privada pesa uma hipoteca social". Torna-se assim, o direito de propriedade como um poder de gestão e administração, que embora não exclua o de domínio, não o torna absoluto nem ilimitado. O direito é relação, ajuste entre pessoas, antes de ser declaração de exigências...

Penso que a orientação do Conselho Federal de Medicina, para dirimir as concretas dificuldades em inúmeras localidades que apresentam frequentes questões sobre o caso, é a recomendação contida no parecer. Se entretanto, uma das partes se considerar prejudicada e um recurso for entreposto à Justiça para garantir a exclusividade de quem se julga dono do bem físico construído e a própria Justiça lhe conceder a liminar reconhecendo o direito de posse, mesmo assim devemos manter uma recomendação porque: "A natureza do homem não é de ir sempre em frente; compor idas e vindas", segundo Pascal. Portanto, é necessário uma posição do CFM, mesmo que seja para um recuo estratégico momentâneo.

Destarte, diante das considerações retro, de referência ao hospital e ao médico, o entendimento em relação ao direito do médico na participação do atendimento aos seus pacientes em um hospital — único na localidade, mesmo não fazendo parte do seu Corpo Clínico" — nos levaria a admitir, a olhos grossos, a **suposição de direito**, já que são nos hospitais, onde se desenvolvem noventa por cento das ações, eminentemente de competência médica seja em regime ambulatorial, seja em regime de internamento: Negar-lhes o direito de utilizar de suas dependências acomodações e aparelhagens em



função de um seu paciente, fica caracterizado ao nosso ver, o impedimento total ou parcial do seu pleno exercício profissional. Limitá-lo seria participar de ações danosas e anti-éticas a pacientes e a médicos.

Portanto, hoje não há como se falar em direito de propriedade desvinculado do interesse social nela contido. As formas de anotação da propriedade estão estritamente vinculados aos fundamentos sociais a que ela se destina. São fundamentos básicos em que a propriedade não pode chocar-se nunca com o interesse maior da coletividade. Nesse caso, torna-se nulo o direito privativo.

Esse é o nosso parecer, s.m.j.

Rio de Janeiro, 10 de setembro de 1986

Bernardo Fernando Vianna Pereira  
Conselheiro Relator CFM

Vide resolução do CFM nº 1231/86, publicada nos Arquivos nº 12.

---

“Quando o doente não se sente melhor depois da consulta ao médico é porque este é um mau médico.

Bechterew

# Auxiliar cirúrgico

## MÉDICO

### X

## AUXILIAR DE NÍVEL TÉCNICO

Trata-se de um Processo Consulta nº 299/85 do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais no qual é consultante o Dr. Gelmíres Machado de Araújo que, baseando-se no Art. 16 do Código Brasileiro de Deontologia Médica que reza, "É vedado ao médico: Praticar atos profissionais danosos aos pacientes que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência", questiona sobre os seguintes pontos:

1. É Ético, em cirurgia programada, que lancemos mão de um auxiliar de nível técnico (auxiliar de enfermagem) ao invés de um profissional médico?

2. É Ético, em uma cirurgia programada, que o auxiliar seja obrigatoriamente uma pessoa habilitada para terminá-la na falta do cirurgião que a iniciou?

3. Com base nestas respostas, se for obrigatório que o auxílio cirúrgico seja feito somente por médico em cirurgias programadas, podemos exigir a implantação desta norma e termos apoio do Conselho Regional de Medicina junto a Instituições Previdenciárias para tal exigência (auxílio médico para médico)?

O Conselho Federal de Medicina invoca os Princípios VII e VIII e o Art. 14, do Código Brasileiro de Deontologia Médica: — PRINCÍPIO VII — "É de exclusiva competência do médico a escolha do tratamento, podendo em benefício do paciente, sempre que julgar necessário, solicitar a colaboração de colegas". PRINCÍPIO VIII - "O médico não exercerá sua profissão em entidade pública ou privada onde lhe seja tolhida a independência profissional, não se lhe ofereçam condições de trabalho adequadas ou não haja respeito aos princípios éticos estabelecidos." - ARTIGO 14 — "Deixar de apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições médicas e hospitalares em que trabalhe, quando os julgar indignos do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se nesses casos, apenas aos órgãos competentes e obrigatoriamente ao Conselho Regional de Medicina".

Reconhecemos que uma cirurgia programada ou não programada é um ato caracterizado como um procedimento médico, pelo que consideramos que o seu responsável direto deve ser o médico cirurgião titular e como imediato o cirurgião primeiro auxiliar, do que, inferimos ser este necessariamente um profissional médico habilitado a continuar e/ou finalizar o ato cirúrgico, caso haja impedimento do cirurgião titular, sem conseqüências danosas para o paciente.

Consideramos ser admissível a presença de outros profissionais não médicos na equipe cirúrgica, mas, na função de instrumentador e quando tecnicamente habilitado para exercer tal tarefa.

Ressalvamos os casos de emergência em que não haja possibilidade de convocação de outros profissionais médicos para a execução do ato cirúrgico.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais manifestou em seu parecer a disposição de apoiar reivindicações dessa natureza e o Conselho Federal de Medicina reafirma o seu compromisso em defender melhores condições de trabalho para os médicos brasileiros, intervindo junto aos profissionais médicos e as instituições prestadoras de assistência médica prestada à população e na defesa intransigente dos princípios éticos que devem nortear o exercício da medicina.

É esse o nosso parecer, s.m.j.

Rio de Janeiro, 13 de dezembro de 1986.

Salomão Baruki  
Conselheiro-Relator

Parecer aprovado  
Sessão Plenária em 12.02.87

---

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA  
DO ESTADO DE SÃO PAULO**

**CASSAÇÃO  
ABORTO COM MORTE**

Edital

Cassação do Exercício Profissional — Pena Disciplinar aplicada ao médico Antonio Carlini (CREMESP nº 3104).

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 3.268/57, regulamentada pelo Decreto nº 44.045/58, consoante o Acórdão de 2 de agosto de 1986, do Conselho Federal de Medicina de acordo com o Processo CFM nº 03/86 instaurado a partir de notícia de jornal datado de 10 de fevereiro de 1977 que divulgou ter sido o facultativo pronunciado pelo Juiz da 2ª Vara Auxiliar do Juri, pela prática de aborto, que culminou com a morte da paciente V.A.S., menor de idade, vem executar a pena de Cassação do Exercício Profissional, nos termos da letra "e", do artigo 22 da Lei 3.268/57, ao médico Antonio Carlini (CREMESP nº 3.104), por ter sido considerado infrator dos artigos 32 letra "e", 49 e 34 do Código de Ética Médica. Exclua-se o denunciado do rol dos médicos habilitados ao exercício da medicina.

São Paulo, 30 de setembro de 1986.

Dr. Fernando Leite Carvalho e Silva, Presidente  
Dra. Irene Abramovich, 1º Secretário

Arq. Cons. Region. Med. do Pr.  
Ano IV - nº 13 (Jan/Mar) 1987



CONSULTA

## Legislação pertinente à obrigatoriedade de arquivamento dos resultados dos exames laboratoriais.

### PARECER

Consulta-nos o Dr. Vilzar Zunino, residente em Florianópolis, Santa Catarina, **sobre menção ou legislação que disciplina a obrigatoriedade, por determinado tempo, de arquivamento dos resultados de exames de laboratório.**

Ao que estamos informados pela Assessoria Jurídica do Conselho Federal de Medicina, não existe, pelo menos a nível federal, qualquer regulamentação quanto ao prazo de arquivamento dos resultados de tais exames. **Existe, sim, regulamentação estadual, como por exemplo o Estado de São Paulo que, através do Decreto nº 12.479, de 18 de outubro de 1979, artigo 45, nº 1, dispõe sobre a matéria, exigindo um prazo de 5 (cinco) anos para a guarda dos resultados obtidos em exames citopatológicos.**

No entanto, se lançarmos mão do instituto de analogia no que se refere à matéria fiscal, **ver-se-á que o prazo de manutenção de documentos informativos é também de 5 (cinco) anos.**

Como a matéria vem sendo regulada a nível estadual, sugerimos ao interessado, através do Conselho Regional de Medicina do seu Estado, consultar à Secretaria de Saúde de Santa Catarina, a fim de localizar a existência de tal legislação.

Por outro lado, o Conselho Federal de Medicina **deverá baixar Resolução sobre a matéria, não só no que concerne à guarda de resultados de exames laboratoriais, mas, ainda, à guarda de blocos de parafina e lâminas de cito e histopatologia, bem como de peças anatômicas utilizadas para diagnóstico.**

É o nosso parecer.

Rio de Janeiro, 10 de dezembro de 1986

Parecer aprovado  
Sessão Plenária 10.12.86

Genival Veloso de França  
Conselheiro-Relator CFM

# A RESPONSABILIDADE CONTÍNUA DO MÉDICO

## RESOLUÇÃO CFM Nº 672/75

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1.957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1.958, e

atendendo ao que ficou decidido na sessão plenária do dia 18 de julho de 1.975, e

CONSIDERANDO o Art. 25 da Declaração Universal dos Direitos do Homem, que diz: "Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e à sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e o direito à previdência em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora do seu ambiente. (2.) A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social".

CONSIDERANDO ainda:

1º — O Art. 47 do Código de Ética Médica\*, que diz: "O médico não é obrigado por lei a atender ao doente que procure seus cuidados profissionais; porém cumpre-lhe fazê-lo em casos de urgência ou quando não haja na localidade colega ou serviço médico em condições de prestar assistência necessária".

2º — O Art. 14 do Código de Ética Médica\*, que diz: "O trabalho coletivo ou em equipe não diminui a responsabilidade de cada profissional pelos atos e funções, como o estabelece o presente Código, sendo os princípios deontológicos que se aplicam ao indivíduo os mesmos que regem as Organizações de Assistência Médica".

3º — A responsabilidade do médico, quando em trabalho individual, ou em equipe, é ética, administrativa, penal e civil.

4º — A prestação de assistência médica é responsabilidade da comunidade, sendo o médico, direta ou indiretamente, o seu principal agente.

5º — O ato médico é responsabilidade inerente à profissão médica.

6º — O médico pode exercer a sua função de maneira individual ou em trabalho associado ou de equipe.

\* Adaptar ao Código Brasileiro de Deontologia Médica.

7º — A complexidade dos meios de que dispõe o médico para prestação de assistência médica tende cada vez mais a obrigá-lo à sua associação com seus pares.

8º — A formação de sociedade entre médicos, mistas ou especializadas, tende à concentração de recursos, barateamento das despesas e segurança de qualidade, e não deve visar lucros e sim remuneração pelo trabalho executado.

9º — A responsabilidade médica permanece individual para com o doente, em quaisquer tipos de organizações de assistência médica.

10º — O Art. 28 do Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1.932, diz: "Nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica, pública ou privada, poderá funcionar em qualquer ponto do Território Nacional, sem ter um diretor-técnico e principal responsável, habilitado para o exercício da medicina nos termos do regulamento sanitário federal".

11º — Compreende-se como diretor-técnico, comumente designado diretor-clínico nos hospitais, o médico que tem sob o seu controle todo o trabalho profissional de medicina da instituição, sendo o principal responsável, quer isoladamente, quer em conjunto com outros colegas, pelos aspectos éticos, normativos, fiscalizadores e executivos da assistência.

12º — A equipe formada para atendimento do doente tem por finalidade a obtenção do melhor resultado do objetivo desejado, a saúde do mesmo.

13º — O Art. 79 do Código de Ética Médica\*, diz: "O médico deverá colaborar com as autoridades competentes na preservação da saúde pública e respeitar a legislação sanitária e regulamentos em vigor".

#### **RESOLVE:**

- 1. Determinar aos médicos que se mantenham atentos a suas responsabilidades: ética, administrativa, penal e civil.**
- 2. Determinar que em nenhum momento a responsabilidade coletiva do trabalho médico obscureça a individual para com o paciente e sua segurança.**
- 3. Determinar que em nenhum momento em chefia de um trabalho coletivo o médico possa se afastar do que preceitua o Art. 77 do Código de Ética Médica\*, e que divulgue as responsabilidades sociais da medicina e dos médicos em particular.**

Rio de Janeiro, 18 de julho de 1.975.

**MURILLO BASTOS BELCHIOR**  
Presidente

**JOSÉ LUIZ GUIMARÃES SANTOS**  
Secretário-Geral

(Publicada no D.O.U. de 1095-75 — Seção I — Parte II)

## COMISSÕES DE TRABALHO DE 1987

Gestão 1986/88

1. COMISSÃO DE IMPLANTAÇÃO DA FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL
  - Cons. Farid Sabbag (Presidente)
  - Cons. Octaviano Baptistini Junior
  - Cons. José Antonio Maingué
  - Cons. Antonio Leite Oliva Filho
  - Cons. Gilberto Saciloto
2. COMISSÃO DE ESTUDOS DO NOVO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA
  - Cons. Frederico João Massignan (Presidente)
  - Cons. Marco Aurélio Q. Cravo
  - Cons. Paulo Roberto C. Marquetti
3. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO
  - Cons. Ehrenfried O. Wittig (Presidente)
  - Cons. Antonio Leite Oliva Filho
  - Cons. Jackson Herrera
4. COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL
  - Cons. Nelson Égydio de Carvalho (Presidente)
  - Cons. Edison Matos Novak
5. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS (CODAME)
  - Cons. Luiz Fernando C.O. Braga (Presidente)
  - Cons. Eurípedes Ferreira
  - Cons. Sérgio Todeschi
  - Cons. Sanito W. Rocha
  - Cons. Sérgio Fonseca Tarlé
  - Cons. Jurandir M. Ribas Filho
6. COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS
  - Cons. Hélio Germiniani (Presidente)
  - Cons. Luiz Fernando C.O. Braga
  - Cons. Ehrenfried O. Wittig
7. COMISSÃO DE LICITAÇÃO E LEILÃO
  - Cons. Marco Aurélio Q. Cravo (Presidente)
  - Cons. Edison Matos Novak
  - Cons. Jackson Herrera
8. COMISSÃO DA TABELA DE HONORÁRIOS MÉDICO (REPRESENTANTES JUNTO À AMP)
  - Cons. João Nassif (Presidente)
  - Cons. Paulo Roberto C. Marquetti