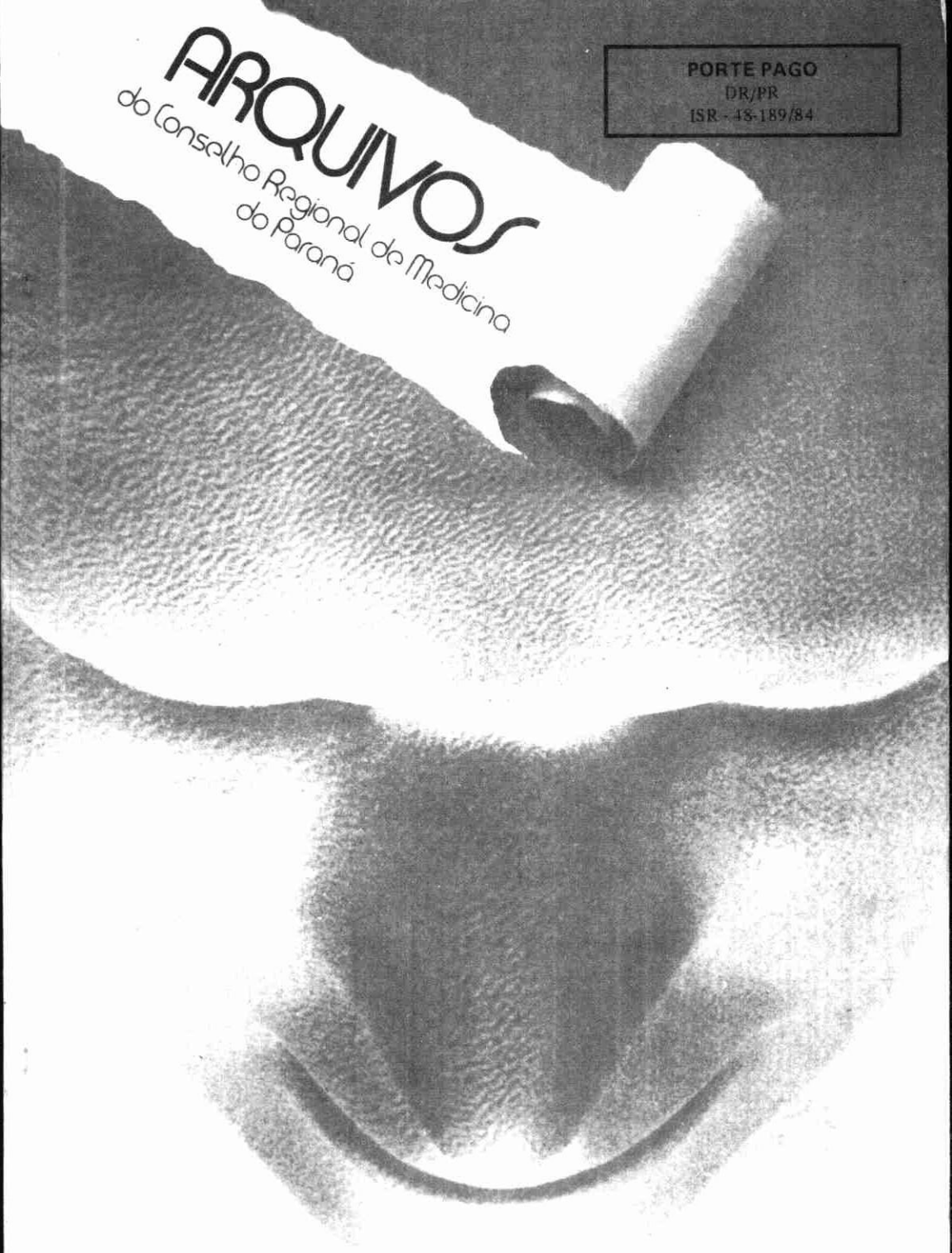
ARQUIVOS
do Conselho Regional de Medicina do Paraná

PORTE PAGO
DR/PR
ISR - 43-189/84



IMPRESSO

outubro/dezembro/87 - ano IV - nº 16

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 Saciloto
Dr. Osvaldo Malafaia
Dr. José Antonio Maingué
Dr. Mário Budant de Araújo
Dr. Osmar Martins
Dr. Flavio Cini (AMP)
Dr. Ehrenfried O. Wittig

SUPLENTES

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

Consultor Jurídico: Dr. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque

* Licenciado

R. Mal. Deodoro, 497 - 3º andar - Cx. Postal 2208 - 80020 - Curitiba - Pr. Tel.: (041) 223-1414

ENTREGUE AOS CORREIOS
NESTA DATA

27-01-1988

Conselho Regional de Medicina do Paraná
outubro/dezembro/87

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina do Paraná

SUMÁRIO

Admissão - Demissão de corpo clínico Hospitalar ____ 06
Comissões de Ética Médica ____ 08
Diretor clínico/técnico ou diretor médico ____ 13
Diretor técnico ou médico um cargo muito importante ____ 16
Médico pode ser proprietário de farmácia ou ótica? ____ 18
Quando revelar o real estado de saúde de seu paciente? ____ 20
Quando deve ou pode informar a autoridade policial ou judicial ____ 22
Quando é possível revelar segredo médico "justa causa" ou "dever legal"? ____ 23
Revelação de segredo ____ 24
Leis sobre Atestado ____ 25
Prescrição de punibilidade de profissional liberal ____ 27
Atestado com diagnóstico - implicações jurídicas ____ 28
Criação de Conselhos de Medicina - Lei 3268 ____ 29
Regulamento dos Conselhos de Medicina - Decreto nº 44.045 ____ 34
Fisioterapeuta não pode solicitar exames complementares ____ 41
Responsabilidade do Médico Residente ____ 42
Formulários de seguro de vida ____ 43
Óbito durante plantão ____ 45
Cancelamento de inscrição ____ 46
Atestado/prova de identidade ____ 48
Preço VII - Honorários - Tabela da AMB ____ 49
Mudou de endereço? ____ 50
Atestado médico à própria pessoa ____ 51
Responsabilidade pública ou privada das instituições Médicas ____ 52
Consulta - Qual a legalidade da exigência de título de especialista? ____ 54
A quem pertence os exames complementares? ____ 56
Registro de Clínica de Medicina Física e Reabilitação ____ 57
Medicina do Trabalho - Normas NR7 ____ 58
Recusa da transfusão de sangue. O que fazer? ____ 60
Transfusão de sangue - Parecer CFM nº 21/80 ____ 61
Parcelamento de honorários médicos, é ético? ____ 63
Cobrança de complemento de honorários em convênios ____ 64
Pressão arterial, é permitida medição nas ruas? ____ 66
Uso de medicamentos "amostra grátis" - inamps? ____ 67
Amostra Grátis - Comercialização ____ 68
Pagar a dois CRM ____ 70
Colocação de tala ou aparelho gessado - deve ser executada por enfermeiro ou médico? ____ 71
Índice de valorização profissional? ____ 72
Necrópsia, quem autoriza? ____ 73
A ética e a pesquisa em seres humanos ____ 74
Termo de conhecimento de risco ____ 81
Honorários Médicos: Cirurgiões x Anestesiologistas ____ 84
Bom mesmo é não fumar ____ 86
O que fazer se for residir no exterior? Ida? volta? ____ 87
Exame médico admissional - Medicina do Trabalho ____ 88
Como proceder com paciente alcoolizado. ____ 91
Médico itinerante ou volante ____ 92
Pesquisas médicas Recomendações CFM ____ 93
Declaração de Helsinque ____ 95
Gratuidade - laudos e perícias ____ 99
Compromisso de confidencialidade ____ 101
Como realizar perícia em medicina do trabalho? ____ 103
Transplantes - a lei em vigor é suficiente? ____ 104
Vivessecção ____ 107
É o Anestesista culpado? ____ 109
Lei 20.931 - fiscalização do exercício profissional ____ 113
Recusa de plantão não remunerado - demissão? ____ 122
Médico mentalmente enfermo - interdição? ____ 123
Chefe de equipe cirúrgica - diretor clínico - dir. do hospital - responsabilidades ____ 124

Cancelamento de inscrição ____ 127
Arbitramento de Honorários por hospitais é ético? ____ 128
Coleta de dados clínicos na preparação de tese ____ 130
Curso no exterior - revalidação de diploma ____ 134
Regimento interno ____ 137
Médico estrangeiro domiciliado no país limítrofe pode clinicar no Brasil? ____ 142
Médico estrangeiro praticando ou estagiando. O que fazer? ____ 144
Inscrição de médico estrangeiro CRM. pode? ____ 145
Diretor clínico de empresa pode ser punido? ____ 149
Sabe como vou conhecer tudo isto?| lendo ____ 150
Infecção Hospitalar ____ 153
Ausência de leitos - transferência p/ outro hospital? ____ 156
Registro de empresa médica no CRM. ____ 157
Instruções para o registro de empresas/entidades no CRM ____ 158
Normas para fiscalização hospitalar ____ 163
Você recusa atestado? ____ 169
Médico ou Associação médica pode ter farmácia? ____ 171
Sigilo Médico - informações ao INPS (auxílio doença) ____ 173
Direito de internar e assistir em qualquer hospital ____ 177
Fornecer ficha médica de paciente à Juiz de direito ____ 178
Anestesiologista você sabia? ____ 179
Anestesia em Odontologia? ____ 181
Critério de morte encefálica ____ 183
Psicólogo pode emitir atestado de enfermidade? ____ 188
O que é assembléia oficial da classe? ____ 190
Diplomas - Registro obrigatório no Ministério da Educação ____ 193
Solicitação de prontuário por juiz ou colega, o que fazer? ____ 194
Colocar o CID e história clínica em pedido da AIH p/INAMPS é anti-ético? ____ 196
Informação de resultado de processo-denunciante e imprensa podem ser notificados? ____ 198
Processo ético-profissional ____ 199
Divulgação Atestados admissivos de trabalho ____ 200
Cancelamento de inscrição no CRM, por falta de pagamento ____ 202
Auxiliar cirúrgico médico auxiliar de nível técnico ____ 204
Exames laboratoriais - legislação sobre arquivamento ____ 206
A responsabilidade contínua do médico (ética, administrativa, penal e civil) ____ 207
Estudante de medicina ____ 209
Não se arrisque ____ 211
Anúncios, publicidades, entrevistas, comunicações ____ 212

CORPO EDITORIAL
Ehrenfried Wittig
Antonio L. Oliva Filho
Jackson Herrera

IMPRESSÃO
Composição e impressão
Comunicare
Fone (041) 253-4233

Tiragem 10.000 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.

EDITORIAL

REEDIÇÃO

Só quando aprendermos a viver em sociedade, na qual dependeremos uns dos outros, onde a liberdade absoluta não existe, onde o nosso envolvimento será além do bem próprio, o bem comum, é que estaremos realmente vivendo em um lugar sem injustiças sociais.

Temos e teremos que lutar pelos nossos meios para procurarmos atingir estes fins. Se nós e outros profissionais nos despirmos de nossa corporação e passarmos a ver o bem comum como o objetivo, teremos dado um grande passo, mas sabemos que isto ainda demorará, pois mesmo agora na I CONFERÊNCIA DE ÉTICA MÉDICA, que pela primeira vez convocou os médicos para externarem o que deve ou não entrar no novo Código, e temos por isso que cumprimentar o CFM, houve na minha opinião vários enfoques. Por um lado, o sentido de proteção ao profissional médico, de outro, o de enquadrá-lo eticamente nas faltas, as mais raras possíveis, problemas das grandes cidades. Resoluções normativas poderiam perfeitamente disciplinar o que estaria no Código na forma de princípios. Verificamos ainda nesta I CONFERÊNCIA o lado político de proteção ao Estado ou a livre iniciativa, estabelecendo-se confrontos desnecessários quando se estabelece um Código de Ética. Ele estará sempre acima de qualquer lei de um País, pois esta, pode não ser ética, mas o código não pode ser diferente, em uma ou outra situação.

Teremos o Código mais longo de nossa história por estas particularidades. Será mais fácil enquadrar o médico, mas difícil tê-lo na mente. Os mandamentos da lei de Deus são só dez e colocam todos os problemas da vida. Fácil de guardar e o mais fundamental princípio e mandamento para a vida em comum, **"AMAR O PRÓXIMO COMO A SI MESMO"**, bem exeplifica.

No desenvolvimento da Sociedade, nós estamos atrasados neste Brasil, pelo menos um século. A vantagem é que podemos verificar o que aconteceu em outros países, a desvantagem é que não gostamos de história.

O ano está terminando e o CRMPR está apresentando uma coletânea de tudo aquilo que o Corpo Editorial de nossa Revista publicou de interesse maior desde o 1º número. É para atender aqueles colegas que não perceberam a importância destas regras de comportamento em sociedade. Atendemos com isto também a muitos pedidos, pois as primeiras edições se esgotaram.

A todos um **Feliz Natal** e que o Ano de 1988, com Nova Constituinte e Novo Código de Ética, possa ajudá-los a trabalhar na construção de um País melhor, para nós e nossos filhos.

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

CRIAÇÃO DAS COMISSÕES DE ÉTICA MÉDICA

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.215/85

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 que compete aos Conselhos Regionais de Medicina a fiscalização do exercício da profissão de médico, conforme o disposto no artigo 15, letra C da Lei nº 3.268/57;

CONSIDERANDO que compete aos Conselhos Regionais de Medicina velar pelo livre exercício legal dos direitos dos médicos, conforme o disposto no artigo 15, letra G, da Lei nº 3.268/57;

CONSIDERANDO que compete aos Conselhos Regionais de Medicina promover, por todos os meios ao seu alcance o perfeito desempenho técnico e moral da medicina e dos que a exerçam, conforme o disposto no artigo 15, letra H, da Lei nº 3268/57;

CONSIDERANDO que as instituições de assistência médica estão submetidas a ação disciplinar dos Conselhos Regionais de Medicina, de acordo com o que estatui o artigo 12, do Decreto nº 44.045/58;

CONSIDERANDO que a prática exige, hoje, a participação de todos os médicos na defesa do exercício ético profissional da Medicina;

CONSIDERANDO a necessidade de organizar e regulamentar a fiscalização da prática da Medicina onde quer que ela seja exercida;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido pelo plenário, em sessão realizada no dia 11 de julho de 1985;

RESOLVE:

1. Determinar aos Conselhos Regionais de Medicina a criação de Comissões de Ética Medica em todos os estabelecimentos ou entidades em que se exerce a Medicina sob sua jurisdição.

2. A regulamentação do funcionamento, competência e atribuições, e, organização das Comissões de Ética Médica será feita através de Resolução dos Conselhos Regionais de Medicina.

3. A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 11 de julho de 1985.

GABRIEL WOLF OSELKA
Presidente

ANA MARIA CANTALICE LIPKE
Secretária Geral

"COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA"

RESOLUÇÃO CRM-PR No. 14/86

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, no uso das atribuições que lhe confere a Lei No. 3268, de 30 de setembro de 1957, e regulamentada pelo Decreto No. 44045, de 19 de julho de 1958, e

Considerando a Resolução do Conselho Federal de Medicina No. 1215, de 11 de julho de 1985;

Considerando a Resolução CFM No. 1124, de 29 de agosto de 1983;

Considerando o Artigo 28 do Decreto No. 20931, de 11 de janeiro de 1932;

Considerando que cabe ao CRM-PR fiscalizar o exercício da profissão médica no Estado do Paraná;

Considerando que os princípios básicos aplicados aos médicos são também aplicáveis às organizações de assistência médica;

Considerando a exigência e necessidade da participação ativa de todos os médicos na defesa do exercício ético-profissional da Medicina;

RESOLVE:

1 — Determinar a criação de "Comissão de Ética Médica" em todos os Estabelecimentos ou Instituição em que se exerce a Medicina no Estado do Paraná;

2 — Determinar a regulamentação do funcionamento, competência, atribuição e organização das Comissões de Ética Médica;

3 — Que a presente Resolução entrará em vigor a partir de 31 de março de 1986.

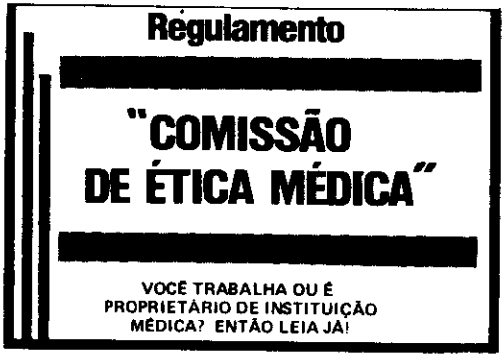
RESOLUÇÃO CRM-PR No. 015/86

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, no uso das atribuições, e

Considerando a aprovação da Resolução No. 014/86;

RESOLVE:

Aprovar o Regulamento das "Comissões de Ética Médica" para os Estabelecimentos ou Instituições em que se exerce a Medicina no Estado do Paraná.



RESOLUÇÃO CRM-PR Nº 015/86

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, no uso das atribuições, e Considerando a aprovação da Resolução Nº 014/86

RESOLVE:

Aprovar o Regulamento das "Comissões de Ética Médica" para os Estabelecimentos ou Instituições em que se exerce a Medicina no Estado do Paraná.

REGULAMENTAÇÃO DA "COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA"

ART. 1º - A COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (CEM), criada de conformidade com a Resolução 014/86 do CRM-PR, é um órgão de assessoria e fiscalização destinado à adequação do exercício ético-profissional da Medicina.

CAPÍTULO I – DAS COMPETÊNCIAS

ART. 2º - COMPETE À CEM:

§ 1º - Assessorar a Direção Médica nas questões éticas.

§ 2º - Apreciar:

a) o exercício ético-profissional do médico;

b) o cumprimento dos princípios legais que normatizam os deveres dos médicos;

c) as condições oferecidas pela Instituição para um adequado desempenho moral, ético e científico da Medicina.

§ 3º - Dispor de um cadastro de todos os médicos da Instituição.

§ 4º - Propor sindicância interna para apurar infrações éticas.

§ 5º - Propor a comunicação ao CRM-PR de infração ou indícios de infração ao Código Brasileiro de Deontologia Médica.

§ 6º - Propor o encaminhamento aos Conselhos Ético-Profissionais não médicos de fatos que possam ser caracterizados como indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética.

§ 7º - Comunicar à Administração da Instituição, irregularidades ou infrações no atendimento ao paciente por funcionários administrativos.

§ 8º - Comunicar as irregularidades não corrigidas à administração ou autoridade superior, dentro do prazo estabelecido ou de lei.

§ 9º - Promover o conhecimento, educação continuada e orientação sobre deontologia médica.

§ 10º - Apreciar se todos os trabalhos de pesquisa que envolvem o ser humano e animais estão dentro dos preceitos estabelecidos pela ética.

CAPÍTULO II – DAS ELEIÇÕES

ART. 3º - Os membros da CEM serão médicos, escolhidos por eleição direta e secreta. Todos os participantes do Corpo Médico que desejarem ser candidatos poderão ser votados, em grupos ou isoladamente;

ART. 4º - A CEM será composta por membros efetivos da Instituição, obedecendo ao seguinte critério de proporcionalidade:

Até 10 médicos na Instituição, está a mesma dispensada de forma a CEM, cabendo ao Diretor Clínico as responsabilidades das funções;

De 10 a 100 médicos - 3 membros e 3 suplentes.

Mais de 100 médicos - 5 membros e 3 suplentes.

ART. 5º - O tempo de mandato será de 2 anos, podendo haver uma reeleição sucessiva. A data da eleição da CEM será no mês de abril;

ART. 6º - A convocação de eleição será realizada pela Direção Médica da Instituição em edital público, interno, com 30 dias de antecedência;

ART. 7º - A inscrição de candidatos poderá ser realizada, até 10 dias antes das eleições, na CEM;

ART. 8º - Só poderão votar, e ser votados, os médicos inscritos regularmente no CRM, em dia com suas obrigações, que exerçam as suas atividades profissionais na Instituição e que estejam cadastrados no Corpo Clínico;

ART. 9º - A organização do processo eleitoral será realizada por Comissão Eleitoral, constituída de três membros do Corpo Médico, indicados pela CEM;

ART. 10º - A Comissão Eleitoral terá um Presidente e um Secretário, escolhidos entre seus membros;

ART. 11 - O processo eleitoral terá uma duração mínima de 4 horas e será iniciado e encerrado pelo Presidente da Comissão Eleitoral, e, registrado no livro próprio de Ata da CEM, onde serão anotados todos os atos pertinentes. A Ata será assinada pelos fiscais quando houver, e pelos membros da Comissão Eleitoral;

ART. 12 - Cada chapa ou candidato poderá indicar, no ato de inscrição, um fiscal para acompanhamento do processo eleitoral e fiscalização da apuração;

ART. 13 - A Comissão Eleitoral receberá da CEM uma lista dos médicos cadastrados e em condições de voto, onde os votantes assinarão no ato da votação;

ART. 14 - Na Instituição haverá apenas uma urna;

ART. 15 - Todo o material necessário à realização da votação será fornecido à CEM pela Instituição;

ART. 16 - A apuração será procedida pela Comissão Eleitoral, imediatamente após o encerramento da eleição;

ART. 17 - Não serão computadas as cédulas que contiverem rasuras ou qualquer vício, inclusive que possibilitem a violação do sigilo do voto;

ART. 18 - O resultado da apuração será proclamado pelo Presidente da Comissão Eleitoral, registrado em ata e publicado em edital interno;

ART. 19 - Estarão eleitos os candidatos mais votados individualmente;

ART. 20 - O resultado da eleição será comunicado ao CRM pelo Diretor Clínico, no prazo de 15 dias;

ART. 21 - A posse dos eleitos será efetuada pelo Diretor Clínico da Instituição, em solenidade convocada pela CEM que encerra suas atividades;

ART. 22 - Em caso de vacância definitiva ou temporária da CEM, este será substituído pelo primeiro suplente e, assim, sucessivamente;

ART. 23 - Os protestos e recursos de chapa ou candidatos serão apresentados por escrito ao Presidente da Comissão Eleitoral, até 24 horas após a proclamação dos resultados, em edital interno;

ART. 24 - São considerados inelegíveis membros do Conselho Regional de Medici-

na, Conselho Federal de Medicina e da Direção da Instituição;

ART. 25 - Os casos omissos ou de dúvida serão decididos pela Comissão Eleitoral.

CAPÍTULO III – DO FUNCIONAMENTO

ART. 26 - A CEM terá um Presidente e um Secretário;

§ único - O Secretário substituirá o Presidente em seus impedimentos;

ART. 27 - A escolha destes cargos proceder-se-á por votação entre os componentes da CEM;

ART. 28 - A ação da CEM será iniciada "ex-officio" ou por denúncia e, mediante sindicância, após autorização da direção clínica;

ART. 29 - A denúncia, os depoimentos, as provas e os pareceres serão documentados por escrito, sendo as folhas numeradas e arquivadas em forma de processo;

ART. 30 - As conclusões da CEM serão notificadas ao Diretor Clínico;

ART. 31 - O Diretor Clínico, quando houver evidência ou indício de infração ética, determinará o encaminhamento do processo ao Conselho Regional Profissional competente;

ART. 32 - Todos os documentos e correspondências da CEM, inclusive os processos encaminhados ao Conselho Profissional competente, terão cópia, que ficará arquivada, sob a guarda do Secretário da CEM;

ART. 33 - As decisões tomadas pela CEM serão por maioria simples dos presentes, com um mínimo de 2/3 dos seus componentes. Em caso de empate, após discussão do assunto, novas votações serão realizadas, tantas quantas necessárias, até decisão por maioria simples.

ART. 34 - A CEM reunir-se-á ordinariamente pelo menos uma vez ao mês, registrando as suas decisões em livro de ata próprio.

ART. 35 - A ausência injustificada a três reuniões seguidas determinará a perda automática do mandato.

ART. 36 - Ao término do mandato, a CEM encaminhará um relatório ao CRMPR;

CAPÍTULO IV – DAS MODIFICAÇÕES, EXCEÇÕES E APELAÇÕES

ART. 37 - O presente regulamento poderá ser modificado com a aprovação da maioria simples do Corpo Clínico da Instituição;

ART. 38 - Este regulamento, assim como suas modificações, deverão ser homologados e registrados no CRMPR, juntamente com o Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição;

ART. 39 - As questões omissas neste regulamento serão resolvidas pelo CRMPR;

ART. 40 - O Conselho Regional Profissional competente constitui a instância superior, à qual deverão ser apresentadas os recursos e apelações aos pareceres da CEM;

CAPÍTULO V – DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

ART. 41 - Nas Instituições que elegerão pela primeira vez sua Comissão de Ética Médica, as atribuições referidas nos artigos 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11, 13, 15 e 21 serão exercidas pelo Diretor Clínico da Instituição.

DIRETOR CLÍNICO
DIRETOR TÉCNICO
OU DIRETOR MÉDICO

O CARGO NÃO É FIGURATIVO
PENSE BEM AO ACEITÁ-LO

RESOLUÇÃO CFM Nº 997/80

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

CONSIDERANDO que os estabelecimentos de saúde mencionados no Decreto nº 20.931/32 devem ser dirigidos por médicos designados Diretores-Técnicos, e que devem ser os seus principais responsáveis;

CONSIDERANDO que o Decreto nº 76.973/75 permite o funcionamento desses estabelecimentos, quando licenciados pela autoridade sanitária;

CONSIDERANDO que nesses estabelecimentos de saúde se exerce basicamente a profissão de médico;

CONSIDERANDO a necessidade de criar maiores facilidades às ações supervisoras e fiscalizadoras dos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO que essas ações supervisora e fiscalizadora devem alcançar necessariamente todos os estabelecimentos onde a profissão médica é exercida;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária deste Conselho, realizada em 23 de maio de 1980,

RESOLVE:

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

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

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

Art. 4º – Os Diretores-Técnicos dos estabelecimentos de saúde que já estejam em funcionamento deverão providenciar junto aos Conselhos Regionais de Medicina, dentro de sessenta (60) dias, a contar da data da publicação desta Resolução, o cadastramento dos estabelecimentos que dirigem.

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

Art. 6º – Os Conselhos Regionais de Medicina deverão encaminhar ao Conselho Federal os dados relativos ao cadastramento dos estabelecimentos de saúde feitos em suas respectivas áreas, para a formação e atualização do Cadastro Central dos citados estabelecimentos.

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

Art. 8º – No caso de afastamento do Médico Diretor-Técnico de estabelecimento de saúde, deverá o cargo ser imediatamente ocupado pelo seu substituto, também médico legalmente habilitado, e essa substituição comunicada, dentro de vinte e quatro (24) horas, ao Conselho Regional de Medicina, sob pena de procedimento disciplinar, envolvendo o médico que se afasta e aquele que o substitui, caso haja omissão daquela providência.

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

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

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

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

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

Art. 13º – A presente Resolução passa a vigorar após sua publicação no Diário Oficial da União.

Rio de Janeiro, 23 de maio de 1980

MURILLO BASTOS BELCHIOR
Presidente

JOSÉ LUIZ GUIMARÃES SANTOS
Secretário-Geral

(Publicada no D.O.U. de 24/06/80 – Seção I – Parte II)

Nota: os grifos são da redação

OUTRA RESPONSABILIDADE DO DIRETOR TÉCNICO OU MÉDICO, UM CARGO MUITO IMPORTANTE

RESOLUÇÃO CFM Nº 788/77

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 o que ficou decidido em sessão plenária realizada no dia 13 de maio de 1977, e

CONSIDERANDO haver publicidade, em todo o País, de clínicas ditas especializadas para diferentes tipos de tratamento;

CONSIDERANDO que, de acordo com a legislação em vigor, qualquer organização hospitalar ou de assistência médica só pode funcionar no território nacional tendo um diretor-técnico e principal responsável habilitado para o exercício da medicina;

CONSIDERANDO, ainda, que esse diretor-técnico, nos termos da legislação em vigor, deve enviar regularmente à autoridade sanitária a relação dos profissionais que nele desempenham a atividade médica,

RESOLVE:

Determinar aos Conselhos Regionais de Medicina que em todos os casos, verificada a existência de publicidade de organização ou pessoa jurídica, sem obedecer às Resoluções do Conselho Federal

de Medicina e à legislação em vigor, seja instaurado processo ético-profissional contra o respectivo diretor-médico e principal responsável.

Rio de Janeiro, 13 de maio de 1977

MURILLO BASTOS BELCHIOR
Presidente

JOSÉ LUIZ GUIMARÃES SANTOS
Secretário-Geral

(Publicada no D.O.U. – Seção I – Parte II, de 20/06/77)

Nota: os grifos são da redação

Continua a 2000 anos

"Quando um povo devorado pela sede de liberdade tem como chefes escanções mal preparados que o servem à vontade, até embriagá-los, acontece que, se os governantes resistem às demandas cada vez mais exigentes dos seus súditos, acabam sendo considerados réprobos e acusados de querer tolher-lhes a liberdade. E acontece então que quem se demonstra disciplinado para com seus superiores acaba sendo definido como um homem sem caráter, um lacaio, que o pai, amedrontado, acaba por tratar os filhos como iguais, que o filho não tem mais temor nem respeito por seus pais, que os professores não mais ousam reprovar seus alunos e os adulam, de modo que estes zombam deles pretendendo ter os mesmos direitos e a mesma consideração dos mais velhos. E os velhos, para não parecerem severos demais, dão razão aos jovens. A alma dos cidadãos torna-se sofredora ao extremo e, ainda que haja casos de submissão, a maioria se revolta, recusa-se a obedecer e acaba por não acatar nem as leis escritas nem as normas e não tem mais respeito por nada e por ninguém. Em meio a tanta licenciosidade nasce e se desenvolve a erva daninha: a tirania. Na verdade, todo excesso só conduz ao excesso oposto, seja nas estações, nas plantas, nos corpos e principalmente nos regimes políticos".

Platão

MÉDICO DO INTERIOR CONSULTA:

MÉDICO PODE SER PROPRIETÁRIO DE FARMÁCIA OU ÓTICA?

PARECER

Senhor Presidente:

Submetida a esta Consultoria jurídica, a possibilidade ética do médico, como pessoa física ou integrante de pessoa jurídica, ser proprietário de estabelecimento farmacêutico, passamos as seguintes considerações:

A incompatibilidade do exercício da atividade farmacêutica e médica, simultâneamente, sempre teve como escôpo, evitar-se a concorrência desleal entre colegas e a possibilidade da mercantilização da medicina, oportunidades que o legislador, ao estabelecer o artigo 80 do revogado Código de Ética, visualizou como ponderáveis, se permitindo o desempenho das duas profissões por uma só pessoa.

Todavia, o atual Código de Deontologia Médica, omitiu-se de cuidar especificamente do assunto, desde que não repetiu a regra contida no artigo 80 do revogado Diploma Legal, circunstância que, no entanto, não deixa à descoberto a matéria, pois, efetivamente, continua a vigorar a proibição ao desempenho simultâneo das duas atividades. Assim o artigo 10 do Código de Deontologia Médica, dispõe:

> É VEDADO AO MÉDICO NO EXERCÍCIO DE SUA PROFISSÃO:
> 10) – PARTICIPAR, SOB QUALQUER FORMA, DE MERCANTILIZAÇÃO DA MEDICINA.

Ora, a redação do dispositivo citado é abrangente ao proibir ao médico, participar, sob qualquer forma, na mercantilização da medicina. E é claro também, que o médico que, ao mesmo tempo, desempenha atividade farmacêutica, poderá, usando das facilidades ao seu alcance, comercializar os remédios que receita, ou mesmo, angariar clientes para seu consultório. Na primeira hipótese, estaria mercantilizando a medicina e na segunda, praticando concorrência desleal a seus colegas de profissão, o que, de resto, também seria infração prevista pelo Código de Deontologia Médica, que em seu artigo 34 disciplina:

> É VEDADO AO MÉDICO NO EXERCÍCIO DE SUA PROFISSÃO:
> 34) – PRATICAR ATOS QUE IMPLIQUEM CONCORRÊNCIA DESLEAL PARA COM OS COLEGAS.

Destarte, se o atual Código, não repetiu a proibição contida no artigo 80 do revogado Diploma Ético, não há que se negar, que a incompatibilidade do exercício simultâneo da atividade médica e farmacêutica persiste, mesmo porque, se a profissão médica se caracteriza como prestação de serviços, a farmacêutica é fundamentalmente comercial, circunstância que por si só as impede de conviverem harmonicamente.

Por outro lado, é certo outrossim, que mesmo como integrante de pessoa jurídica, embora reconhecida pelo Direito, como divorciada das pessoas físicas que a integram, na prática não se podem separar. Uma, a física, é real e palpável, posto que, a jurídica, apenas anômalamente pode ser considerada com personalidade própria, pois na prática, constitui-se como extensão das pessoas físicas que a compõe.

E ademais em que pese a proibição explícita no Código Brasileiro de Deontologia Médica, no que diz respeito ao Estado do Paraná, o Código Sanitário respectivo, em seu artigo 575, letra "f", dispõe:

É VEDADO AO MÉDICO:
EXERCER SIMULTÂNEAMENTE, EMBORA DEVIDAMENTE HABILITADO, A MEDICINA CLÍNICA E O COMÉRCIO FARMACÊUTICO, DEVENDO OPTAR POR UMA DESSAS PROFISSÕES, EM DOCUMENTO ESCRITO DIRIGIDO À AUTORIDADE COMPETENTE.

No que se refere ao exercício da medicina oftalmológica e a exploração concomitante do comércio de lentes de grau, é de se aplicar os mesmos parâmetros já expostos neste parecer, ressaltando-se ainda, que o assunto também é objeto do Código Sanitário do Estado do Paraná, que no já aludido artigo 575, letra "g", estabelece:

É VEDADO AO MÉDICO:
EXERCER SIMULTÂNEAMENTE, A CLÍNICA OFTALMOLÓGICA E TER SOCIEDADE PARA EXPLORAÇÃO DO COMÉRCIO DE LENTES DE GRAU, ATIVIDADE ESTA VEDADA, IGUALMENTE, AO RESPECTIVO CÔNJUGE.

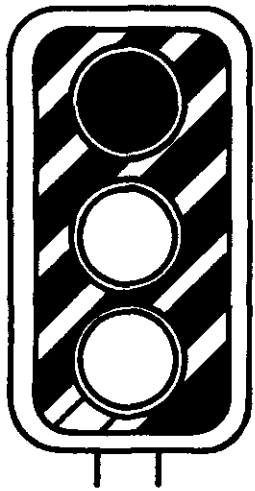
Vale lembrar outrossim que o Código de Ética da Profissão Farmacêutica, em seu artigo 8º determina:

É VEDADO AO FARMACÊUTICO EXERCER, SIMULTÂNEAMENTE, A FARMÁCIA E A MEDICINA.

É o nosso parecer

Curitiba, 06 de agosto de 1984.

Adv. **Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque**
Assessor Jurídico



Quando você pode revelar o real estado de saúde de seu paciente?

Por solicitação policial? A pedido da família? Em relatório de Companhia Seguradora? Há um estado de desinformação geral relativo a validade ou oportunidade de revelação de diagnóstico, seja nos atestados médicos, relatórios de companhias de seguro ou informações solicitadas por entidade policial. Com respeito a matéria, as resoluções 04 e 05 de 1984 do Conselho Regional de Medicina do Paraná são plenamente esclarecedoras. É bom tomar conhecimento dos seus conteúdos, bem como da cópia da carta encaminhada por este C.R.M. a todas as entidades hospitalares do estado, versando sobre o assunto.

OF. CIRCULAR Nº 562/84 Curitiba, 06 de setembro de 1984

Senhor Diretor,

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, no uso das atribuições lhe conferidas pelo artigo 4º da Resolução nº 1154/84, do Conselho Federal de Medicina, baixou Resolução de nº 04/84, em anexo, que determina aos Srs. Médicos e à Rede Hospitalar de todo o Estado, a obrigatoriedade de solicitar das autoridades que pretendam informações sobre pacientes atendidos, o preenchimento de Declarações, cujos modelos V.Sa. está recebendo.

Para melhor esclarecimento e sem pretender esgotar o assunto ou concluir pelo desconhecimento de V.Sa., informamos que CRIME DE AÇÃO PÚBLICA, é aquele em que o Estado tem o dever de interferir, para apurar responsabilidades: De um fato que origine lesões corporais (acidente de trânsito, agressão, atropelamento, etc), quer leves ou graves, ou ainda morte, advem a obrigatoriedade do competente Inquérito Policial e posterior julgamento pelo Poder Judiciário. Nesta hipótese, o desencadeamento do processo, INDEPENDE DE REPRESENTAÇÃO, não sendo necessário, pois, que qualquer pessoa, para sua instalação, dele dê conhecimento à autoridade policial. É dever do Estado interferir. Por este motivo, denomina-se CRIME DE AÇÃO PÚBLICA, ou seja, cuja solução é de interesse da sociedade e não depende de REPRESENTAÇÃO.

Para melhor entendimento, cumpre anotar que o CRIME DE AÇÃO PRIVADA, é aquele que depende, para a ação da autoridade policial, da provocação do interessado, como por exemplo, o crime de SEDUÇÃO. É uma infração ao Código Penal, que vai depender para a instalação de processo contra o seu autor, da formulação de queixa da parte ofendida, ou de seu representante. Este crime todavia será considerado como de AÇÃO PÚBLICA, se o seu autor for tutor, padrasto, curador ou detiver o pátrio poder sobre a vítima. Se não se consubstanciarem estas hipóteses,

a autoridade, mesmo que tome conhecimento do fato, nada poderá fazer, pois o interesse para a punição do infrator, é de ordem privada da parte ofendida.

Assim, com referência às declarações que terão que ser firmadas pelas autoridades policiais, para obterem informações dos pacientes atendidos, nas mesmas, conforme modelo anexo, terá que estar consignado, que o Inquérito Policial instaurado é concernente à Crime de Ação Pública e que independe de Representação, ou seja, relativo a um fato punível, cuja solução é de interesse público. Todavia, além desta condição, é necessário que na Declaração conste, que as informações a serem prestadas pelo médico ou Rede Hospitalar, não serão prejudiciais ao indiciado, ou melhor, não agravarão a sua situação perante o Inquérito Policial. Esta condição, obviamente, não fica a critério do médico ou Hospital informante, que no entanto, se não condizentes com a verdade, pelo menos isentarão os informantes de responsabilidade por quebra de sigilo profissional.

Fica V.Sa. cientificado, que os esclarecimentos que prestamos, não pretendem esgotar o assunto, pois apenas deverão servir de meio de consulta, quando solicitadas as declarações pelas autoridades policiais.

Solicitamos ampla divulgação destes documentos entre os médicos do Corpo Clínico.

Reafirmamos nossos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

Dr. Duilton de Paola
Presidente

"Ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei" (Artigo 153 § 2º da Constituição Federal).

"Ninguém se escusa de cumprir a lei, alegando que não a conhece".
(artigo 3º do Código Civil)

"A ignorância ou errada compreensão da lei não eximem de pena".
(artigo 16 do Código Penal)

Quando o médico deve ou pode informar a autoridade policial ou judicial?

RESOLUÇÃO Nº 04/84

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, dando cumprimento ao disposto pelo artigo 44 do Código Brasileiro de Deontologia Médica e visando disciplinar informações prestadas pelos srs. médicos e pela rede hospitalar, às autoridades Policiais, sobre pacientes atendidos:

RESOLVE:

1) — Que doravante as informações somente poderão ser fornecidas quando, versando sobre paciente indiciado em inquérito policial, a autoridade solicitante preencher DECLARAÇÃO nos seguintes termos:

"DECLARAMOS, para fins de preservação do SIGILO MÉDICO que o Sr. . . . . (Qualificação), atendido pelo Hospital . . . . . (Denominar), ou pelo médico . . . . . (nominar), em data de . . . . . ., em razão de . . . . . responde junto a esta Delegacia . . . . . (identificar), Inquérito Policial por crime de Ação Pública, cujo processo **independe de representação.**

Declaramos outrossim, que os esclarecimentos solicitados, (discriminá-los), **não serão prejudiciais ao indiciado".**

2) — Que por outro lado, se as informações pretendidas, disserem respeito a paciente que não responde a Inquérito, mas figura como vítima, a Declaração deverá ser nos seguintes termos:

"DECLARAMOS, para fins de preservação do SIGILO MÉDICO, que o Sr. . . . . ., atendido pelo Hospital . . . . . ou pelo médico . . . . . ., em data de . . . . . ., em razão de . . . . . não responde junto a esta Delegacia.. . . . . . ., a Inquérito Policial e que os esclarecimentos solicitados, (discriminá-los), **não lhes serão prejudiciais e nem o sujeitarão a procedimento criminal".**

3) — Os casos omissos serão resolvidos em separado.

Curitiba, 21 de Maio de 1984.

Dr. Duilton de Paola
Presidente

Quando é possível revelar segredo médico "Justa Causa" ou "Dever Legal"?

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, no uso das atribuições lhe conferidas pelo art. 4º da Resolução 1154/84 do Conselho Federal de Medicina e

Considerando que o artigo 44º do Código Brasileiro de Deontologia Médica, dispõe que ao médico é permitido a revelação de fatos que tenha conhecimento, por tê-los presenciado ou deduzido no exercício de sua atividade profissional, para obedecer a "dever legal" ou em "justa causa",

RESOLVE:

1) Que são casos constitutivos do **dever legal**, as seguintes circunstâncias:

a) Os casos de doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória ou de outras de declaração obrigatória (doenças profissionais, toxicomania etc.).

b) As perícias jurídicas.

c) Quando o médico está revestido de função em que tenha de se pronunciar sobre o estado do examinado (serviços biométricos, junta de saúde, serviços de companhias de seguros, etc.), devendo os laudos e pareceres ser nesses casos limitados ao mínimo indispensável, sem desvendar, se possível, o diagnóstico.

d) Os atestados de óbito.

e) Quando se tratando de menores, nos casos de sevícias, castigos corporais, atentados ao pudor, supressão intencional de alimentos.

f) Os caos de crime, quando houver inocente condenado e o cliente, culpado, não se apresentar à justiça, apesar dos conselhos e solicitações do médico.

g) Os casos de abortamento criminoso, desde que ressalvados os interesses da cliente.

§ único — É aconselhável o uso, em código da nomenclatura internacional de doenças e causas de morte.

2) Que são casos constitutivos de **"justa causa"**:

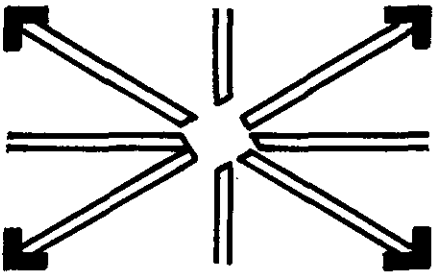
a) Quando o paciente for menor e se tratar de lesão ou enfermidade que exija assistência ou medida profilática por parte da família ou envolva responsabilidade de terceiros, cabendo ao médico revelar o fato aos pais, tutores ou outras pessoas sob cuja guarda ou dependência estiver o paciente.

b) Para evitar o casamento de portador de defeito físico irremediável ou moléstia grave transmissível por contágio ou herança, capaz de por em risco a saúde do futuro cônjuge ou de sua descendência, casos suscetíveis de motivar anulação de casamento, em que o médico esgotará primeiro, todos os meios idôneos para evitar a quebra de sigilo.

c) Quando se tratar de fato delituoso previsto em lei ou a gravidade de suas consequências sobre terceiros, crie para o médico o imperativo de consciência para revelá-lo a autoridade competente.

Curitiba, 21 de maio de 1984

Dr. Dullton de Paola
Presidente



REVELAÇÃO DE SEGREDO

RESOLUÇÃO CFM Nº 999/80

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;

CONSIDERANDO a legislação vigente a respeito do segredo profissional (Código Penal — Ars. 154, 269 e 325; Código de Processo Penal — Art. 207; Lei das Contravenções Penais — Art. 66 — I e II; Código Civil — Art. 144; Código de Processo Civil — Arts. 406 — II e 414, § 2º; Código de Ética Médica — Arts. 34 usque 41);

RESOLVE:

Art. 1º - O médico tem o dever legal de revelar o que deveria constituir segredo profissional, desde que o caso se enquadre nas hipóteses do Art. 38 do Código de Ética Médica.*

Art. 2º - O médico deve prestar informações sobre fatos mantidos sob o resguardo do segredo profissional, nos casos de crimes de ação pública, quando solicitado por qualquer autoridade, inclusive policial, desde que essa preliminarmente lhe declare tratar-se desse tipo de crime, não dependente de representação e que não exponha a parte interessada a procedimento criminal.

Parágrafo único. Negada essa declaração pela autoridade, o médico responderá que deixa de atender ao solicitado, com amparo nos preceitos legais e normas éticas pertinentes, comunicando o ocorrido ao CRM.

Art. 3º - Quando houver "justa causa", o médico pode revelar o segredo profissional.

Art. 4º - São casos contitutivos de "justa causa" os enumerados no Art. 37 do Código de Ética Médica.

Art. 5º - Nos demais casos, quando não houver dever legal, somente o médico, segundo seu foro íntimo e por seu entendimento ético, tem poder de decidir se há "justa causa" para a divulgação de fato conhecido através de exercício profissional.

Parágrafo único - Quando em dúvida ou quando estiver em conflito com qualquer autoridade, inclusive policial, ou ainda quando estiver pessoalmente envolvido sobre questão de segredo médico, o médico deverá consultar o CRM.

Art. 6º - O médico, ainda que desobrigado de guardar segredo pela parte interessada, somente poderá revelá-lo se quiser dar seu testemunho em processo parlamentar administrativo ou judiciário.

Art. 7º - Em face de solicitação expressa de seu paciente, o médico poderá atestar ou certificar fato resguardado por segredo médico, desde que esteja intimamente relacionado com seu caso.

Rio de Janeiro, 23 de maio de 1980.

MURILLO BASTOS BELCHIOR
Presidente

JOSÉ LUIZ GUIMARÃES SANTOS
Secretário-Geral

* Adaptar ao novo Código.

LEIS SOBRE ATESTADO

NO CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA

SEGREDO MÉDICO

Art. 44º - Revelar fatos de que tenha conhecimento por tê-los presenciado ou deduzido no exercício de sua atividade profissional, permanecendo esta proibição mesmo que o paciente já tenha falecido, salvo em justa causa ou para obedecer a dever legal.

Art. 45º - Deixar de orientar os seus auxiliares no dever de guardar segredo profissional.

Art. 46º - Revelar diagnótico ou tratamento sem o expresso consentimento do paciente ou seu responsável.

Art. 47º - Ser signatário de Boletim Médico, em que não se respeite o segredo profissional.

Art. 48º - Deixar ao alcance de estranhos o prontuário ou fichas de pacientes sob tratamento em hospitais, clínicas e estabelecimentos congêneres.

Art. 49º - Apresentar nos trabalhos, levados a reuniões médicas ou publicações científicas, elementos pelos quais possa ser identificado o paciente, salvo prévia anuência deste.

ATESTADOS MÉDICOS

Art. 50º - Fornecer atestado sem ter praticado os atos profissionais que o justifiquem.

Art. 51º - Fornecer atestados ou relatórios de exames ou tratamentos realizados sem autorização do paciente ou seu responsável.

Art. 52º - Atestar óbito quando não tenha verificado pessoalmente a realidade da morte ou prestado assistência, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista em hospitais, clínicas ou estabelecimentos congêneres, ou em caso de necrópsia ou verificação médico-legal, ou quando a morte tenha ocorrido em localidade onde não existe serviço de verificação de óbito.

Art. 53º - Deixar de atestar óbito de paciente a que vinha prestado assistência, exceto quando ignorar a causa da morte.

NO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO

FALSIDADE DE ATESTADO MÉDICO:

Art. 302 - Dar o médico, no exercício da sua profissão, atestado falso. Pena: Detenção de 1 mês a 1 ano.

Se o crime é cometido com o fim de lucro, aplica-se também multa de mil cruzeiros a seis mil cruzeiros.

Quais elementos devem constar de um atestado médico?
Qual a diferença entre declaração e atestado?

ATESTADO MÉDICO

1. Nome do solicitante.
2. Autorização infra-assinada, quando o solicitante desejar o código ou explicação da doença.
3. Datas do afastamento.
4. Data do atestado.
5. Assinatura do médico com CRM e do paciente ou responsável legal quando menor (neste caso verificar a autenticidade da legalidade).
6. Citar não ter valor de perícia médica.
7. Citar, quando necessário, o grau de limitação (repouso, isolamento, etc.).
8. Não declarar algo que possa prejudicar o paciente judicialmente.
9. Saiba o que é de "dever legal" e "justa causa" (vide Arquivos nº III).
10. Citar a que fim se destina.
11. Usar o bom senso, quando o paciente, se vier a saber de grave diagnóstico, puder sofrer com isto danos.
12. Dar sempre que possível, pessoalmente ou após correta identificação da pessoa ou fato.

Declarar – dar a conhecer, esclarecer, explicar.
Atestar – afirmar ou provar em caráter oficial.

EXEMPLO
ATESTADO MÉDICO

Atesto a pedido do Sr.(a)_____ abaixo assinado(a), que se encontra em tratamento médico, sob meus cuidado profissionais, por C.I.D. _____, e deverá permanecer afastado(a) de suas atividades (repouso no leito, ou em casa ou isolamento) por _____ dias a partir desta data.

Curitiba,

Dr. _____ CRM _____

Paciente ou responsável legal _____

Prescrição de punibilidade de profissional liberal.

LEI Nº 6.838, de 29 de outubro de 1980.

Dispõe sobre o prazo prescricional para a punibilidade de profissional liberal, por falta sujeita a processo disciplinar, a ser aplicada por órgão competente.

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

Art. 1º - A punibilidade de profissional liberal, por falta sujeita a processo disciplinar, através de órgão em que esteja inscrito, prescreve em 5 (cinco) anos, contados da data de verificação do fato respectivo.

Art. 2º - O conhecimento expresso ou a notificação feita diretamente ao profissional faltoso interrompe o prazo prescricional de que trata o artigo anterior.

Parágrafo único - O conhecimento expresso ou a notificação de que trata este artigo ensejará defesa escrita ou a termo, a partir de quando recomeçará a fluir novo prazo prescricional.

Art. 3º - Todo processo disciplinar paralisado há mais de 3 (três) anos, pendente de despacho ou julgamento, será arquivado ex-officio, ou a requerimento da parte interessada.

Art. 4º - O prazo prescricional, ora fixado, começa a correr, para as faltas já cometidas e os processos iniciados, a partir da vigência da presente lei.

Art. 5º - A presente Lei entrará em vigor 45 (quarenta e cinco) dias após a sua publicação.

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

Brasília, em 29 de outubro de 1980.
159º da Independência e 92º da República.

JOÃO FIGUEIREDO
Murillo Macedo

Publicado em D.O.U. 30 out. 1980 Seção I

QUANDO PODE SER FORNECIDO ATESTADO COM DIAGNÓSTICO?
CUIDE PARA NÃO SER ENVOLVIDO JURIDICAMENTE
ATESTADO É ALGO MUITO SÉRIO E IMPORTANTE

RESOLUÇÃO CFM Nº 1190/84

O Conselho Federal de Medicina, usando 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 ao beneficiário da Previdência Social cabe o direito de solicitar ao médico que lhe prestou assistência, o fornecimento de um atestado com o diagnóstico;

CONSIDERANDO que esse documento poderá servir de prova do beneficiário junto ao empregador para justificativa de eventual falta de trabalho;

CONSIDERANDO as diferentes interpretações que se devem dar a "atestado médico" e "laudo pericial";

CONSIDERANDO que se deve fazer a distinção entre um exame médico destinado a comprovar as condições de saúde do beneficiário, feito a seu pedido e uma perícia médica;

CONSIDERANDO que não constitui infração do Código de Deontologia revelar o diagnóstico, especialmente quando codificado e com o expresso consentimento do paciente ou seu responsável;

CONSIDERANDO que a legislação distingue entre o procedimento a ser seguido quanto aos primeiros 15 (quinze) dias de falta ao trabalho e o período posterior quando então é necessário a perícia;

CONSIDERANDO as Resoluções do Conselho Federal de Medicina nºs 982/79 e 999/80;

CONSIDERANDO o que foi decidido na reunião plenária do dia 31 de agosto de 1984;

RESOLVE:

Não comete infração ética o médico que por solicitação do seu paciente, forneça um atestado médico com diagnóstico codificado ou não.*

2. Nesse atestado deve constar a expressa concordância do paciente.

3. Esse atestado não constitui laudo de perícia médica.

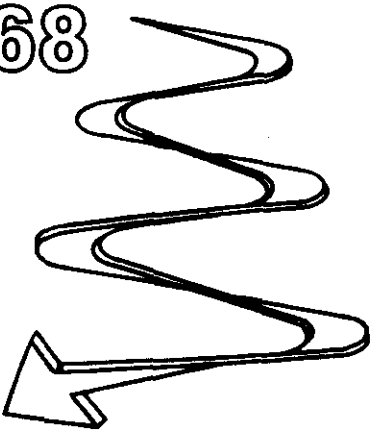
Rio de Janeiro, 14 de setembro de 1984

MURILLO BASTOS BELCHIOR
Presidente

JOSÉ LUIZ GUIMARÃES SANTOS
Secretário-Geral

* Revogado. Permanece o disposto no Código Brasileiro de Deontologia Médica.

LEI Nº 3.268



CRIAÇÃO DOS CONSELHOS DE MEDICINA.

LEI Nº 3.268 - DE 30 DE SETEMBRO DE 1957

Dispõe sobre os CONSELHOS DE MEDICINA e dá outras providências.

O Presidente da República:

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

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

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

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

Art. 4º - O Conselho Federal de Medicina compor-se-á de 10 (dez) membros e outros tantos suplentes, de nacionalidade brasileira.

Parágrafo único. Dos 10 (dez) membros e respectivos suplentes do Conselho Federal, 9 (nove) serão eleitos por escrutínio secreto e maioria absoluta de votos, em assembléia dos delegados dos Conselhos Regionais, e o restante pela Associação Médica Brasileira.

Art. 5º - São atribuições do Conselho Federal:

a) organizar o seu regimento interno;

b) aprovar os regimentos internos organizados pelos Conselhos Regionais;

c) eleger o presidente e o secretário-geral do Conselho;

d) votar e alterar o Código de Deontologia Médica, ouvidos os Conselhos Regionais;

e) promover quaisquer diligências ou verificações, relativas ao funcionamento dos Conselhos de Medicina, nos Estados ou Territórios e Distrito Federal, e adotar, quando necessárias, providências convenientes, a bem da sua eficiência e regularidade, inclusive a designação de diretoria provisória;

f) propor ao Conselho Federal a emenda ou alteração do Regulamento desta lei;

g) expedir as instruções necessárias ao bom funcionamento dos Conselhos Regionais;

h) tomar conhecimento de quaisquer dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais e dirimí-las;

i) em grau de recurso ou provocação dos Conselhos Regionais, ou de qualquer interessado, deliberar sobre admissão de membros aos Conselhos Regionais e sobre penalidades impostas aos mesmos pelos referidos Conselhos.

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

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

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

Art. 9º - O Secretário-Geral terá a seu cargo a secretaria permanente do Conselho Federal.

Art. 10 - O Presidente e o Secretário-Geral residirão no Distrito Federal durante todo o tempo de seus mandatos.

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

a) 20% (vinte por cento) da totalidade do imposto sindical pago pelos médicos.

b) 1/3 (um terço) da taxa de expedição das carteiras profissionais;

c) 1/3 (um terço) das multas aplicadas pelos Conselhos Regionais;

d) doações e legados;

e) subvenções oficiais;

f) bens e valores adquiridos;

g) 1/3 (um terço) das anuidades percebidas pelos Conselhos Regionais.

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

Art. 13 - Os membros dos Conselhos Regionais de Medicina, com exceção de um que será escolhido pela Associação Médica Brasileira, serão eleitos, em escrutínio secreto, em assembléia dos inscritos de cada região e que estejam em pleno gozo de seus direitos.

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

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

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

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

Art. 15 - São atribuições dos Conselhos Regionais:

a) deliberar sobre a inscrição e cancelamento no quadro do Conselho;

b) manter um registro dos médicos, legalmente habilitados, com exercício na

respectiva região;

c) fiscalizar o exercício da profissão de médico;

d) conhecer, apreciar e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades que couberem;

e) elaborar a proposta do seu regimento interno, submetendo-a à aprovação do Conselho Federal;

f) expedir carteira profissional;

g) zelar pela conservação da honra e da independência do Conselho, e pelo livre exercício legal dos direitos dos médicos;

h) promover, por todos os meios ao seu alcance, o perfeito desempenho técnico e moral da medicina e o prestígio e bom conceito da medicina, da profissão e dos que a exerçam;

i) publicar relatórios anuais de seus trabalhos e a relação dos profissionais registrados;

j) exercer os atos de jurisdição que por lei lhes sejam submetidos;

k) representar ao Conselho Federal de Medicina sobre providências necessárias para a regularidade dos serviços e da fiscalização do exercício da profissão.

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

a) taxa de inscrição;

b) 2/3 (dois terços) da taxa de expedição de carteiras profissionais;

c) 2/3 (dois terços) da anuidade paga pelos membros inscritos no Conselho Regional;

d) 2/3 (dois terços) das multas aplicadas de acordo com a alínea d do artigo 22;

e) doações e legados;

f) subvenções oficiais;

g) bens e valores adquiridos.

Art. 17 - Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas do Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição ao Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 21 - O poder de disciplinar e aplicar penalidades aos médicos compete exclusivamente ao Conselho Regional em que estavam inscritos ao tempo do fato

punível ou em que ocorreu, nos termos do art. 18. § 1º.

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

Art. 22 - As penas disciplinares aplicáveis pelos Conselhos Regionais aos seus membros são as seguintes:

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

a) advertência confidencial em aviso reservado;

b) censura confidencial em aviso reservado;

c) censura pública em publicação oficial;

d) suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias;

e) cassação do exercício profissional, ad referendum do Conselho Federal.

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

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

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

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

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

Art. 23 - Constituem a assembléia geral de cada Conselho Regional os médicos inscritos que se achem em pleno gozo de seus direitos e tenham aí a sede principal de sua atividade profissional.

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

Art. 24 - À assembléia geral compete:

I - ouvir a leitura e discutir o relatório e contas da diretoria. Para esse fim se reunirá, ao menos uma vez por ano, sendo nos anos em que se tenha de realizar a eleição do Conselho Regional, de 30 (trinta) e 45 (quarenta e cinco) dias antes da data fixada para essa eleição.

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

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

IV - deliberar sobre as questões ou consultas submetidas à sua decisão pelo Conselho ou pela diretoria;

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

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

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

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

§ 1º - Por falta injustificada à eleição, incorrerá o membro do Conselho na multa de Cr$ 200,00 (duzentos cruzeiros) dobrada na reincidência.

§ 2º - Os médicos que se encontrarem fora da sede, das eleições por ocasião destas, poderão dar seu voto em dupla sobrecarta, opaca, fechada, e remetida pelo Correio, sob registro, por ofício com firma reconhecida, ao Presidente do Conselho Regional.

§ 3º - Serão computadas as cédulas recebidas, com as formalidades do parágrafo precedente, até o momento de encerrar-se a votação. A sobrecarta maior será aberta pelo Presidente do Conselho, que depositará a sobrecarta menor na urna, sem violar o segredo do voto.

§ 4º - As eleições serão anunciadas no órgão oficial e em jornal de grande circulação com trinta (30) dias de antecedência.

§ 5º - As eleições serão feitas por escrutínio secreto, perante o Conselho, podendo, quando haja mais de duzentos volantes, determinarem-se locais diversos para o recebimento dos votos, permanecendo, neste caso, em cada local, dois diretores ou médicos inscritos, designados pelo Conselho.

§ 6º - Em cada eleição, os votos serão recebidos durante 6 (seis) horas contínuas pelo menos.

Art. 27 - A inscrição dos profissionais já registrados nos órgãos de saúde pública, na data da presente lei, será feita independentemente da apresentação de títulos, diplomas, certificados ou cartas registradas no Ministério da Educação e Cultura, mediante prova do registro na repartição competente.

Art. 28 - O atual Conselho Federal de Medicina designará diretorias provisórias para os Conselhos Regionais dos Estados, Territórios e Distrito Federal, onde não houver ainda sido instalados, que tomarão a seu cargo a sua instalação e a convocação dentro de 180 (cento e oitenta) dias, da assembléia geral, que elegerá o Conselho Regional respectivo.

Art. 29 - O Conselho Federal de Medicina baixará instruções no sentido de promover a coincidência dos mandatos dos membros dos Conselhos Regionais já instalados e dos que vierem a ser organizados.

Art. 30 - Enquanto não for elaborado e aprovado pelo Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais o Código de Deontologia Médica, vigorará o Código de Ética da Associação Médica Brasileira.

Art. 31 - O pessoal a serviço dos Conselhos de Medicina será inscrito, para efeito de previdência social, no Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado em conformidade com o art. 2º do Decreto-Lei nº 3.345, de 12 de junho de 1941.

Art. 32 - As diretorias provisórias, a que se refere o artigo 28, organizarão a tabela de emolumentos, devidos pelos inscritos, submetendo-a à aprovação do Conselho Federal.

Art. 33 - O poder Executivo providenciará a entrega ao Conselho Federal de Medicina, logo após a publicação da presente lei, de 40% (quarenta por cento) da totalidade do imposto sindical pago pelos médicos, a fim de que sejam empregados na instalação do mesmo Conselho, e dos Conselhos Regionais.

Art. 34 - O Governo Federal tomará medidas para a instalação condigna dos Conselhos de Medicina no Distrito Federal e nas capitais dos Estados e Territórios, tanto quanto possível em difícios públicos.

Art. 35 - O Conselho Federal de Medicina elaborará o projeto do decreto de regulamentação desta lei, apresentando-o ao Poder Executivo dentro de 120 (cento e vinte) dias a contar da data da sua publicação.

Art. 36 - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogados o Decreto-Lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945, e disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 30 de setembro de 1957; 136º da Independência e 69º da República.

JUSCELINO KUBITSCHEK
Parsival Barroso
Clóvis Salgado
Maurício de Pedeiros

SAIBA COMO FUNCIONA O CRM

REGULAMENTO DOS CONSELHOS DE MEDICINA.

DECRETO Nº 44.045 - DE 19 DE JULHO DE 1958
Regulamentada a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957

CAPÍTULO I
Da Inscrição

Art. 1º - Os médicos legalmente habilitados ao exercício da profissão, em virtude dos diplomas que lhes foram conferidos pelas Faculdades de Medicina oficiais ou reconhecidas do país, só poderão desempenhá-la efetivamente depois de inscreverem-se nos Conselhos Regionais de Medicina que jurisdicionarem a área de sua atividade profissional.

Parágrafo único. A obrigatoriedade da inscrição a que se refere o presente artigo abrange todos os profissionais militantes, sem distinção de cargos ou funções públicas.

Art. 2º - O pedido de inscrição do médico deverá ser dirigido ao Presidete do competente Conselho Regional de Medicina, com declaração de:

a) nome por extenso;
b) nacionalidade;
c) estado civil;
d) data e lugar de nascimento;
e) filiação; e
f) Faculdade de Medicina pela qual se formou, sendo obrigatório o reconhecimento da firma do requerente.

§ 1º - O requerimento de inscrição deverá ser acompanhado da seguinte documentação:

a) original ou fotocópia autenticada do diploma de formatura, devidamente registrado no Ministério da Educação e Cultura;
b) prova de quitação com o serviço militar (se for varão);
c) prova de habilitação eleitoral;
d) prova de quitação do imposto sindical;
e) declaração dos cargos particulares ou das funções públicas de natureza médica que o requerente tenha exercido antes do presente Regulamento;
f) prova de revalidação do diploma de formatura, de conformidade com a legislação em vigor, quando o requerente brasileiro ou não, se tiver formado por Faculdade de Medicina estrangeira; e
g) prova de registro no Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia.

§ 2º - Quando o médico já tiver sido registrado pelas Repartições do Ministério da Saúde até 30 (trinta) de setembro de 1957, sua inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina prescindirá da apresentação de diplomas, certificados ou cartas registradas no Ministério da Saúde, Educação e Cultura, contando que conste prova de registro naquelas repartições do Ministério da Saúde.

§ 3º - Além dos documentos especificados nos parágrafos anteriores, os Conselhos de Medicina poderão exigir dos requerentes ainda outros documentos que sejam julgados necessários para a complementação da inscrição.

Art. 3º - A efetivação real do registro do médico só existirá depois da sua inscrição nos assentamentos dos Conselhos Regionais de Medicina e também depois da expedição de Carteira Profissional estatuída nos artigos 18 e 19 da ei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, cuja obtenção pelos interessados exige o pagamento prévio desse documento e o pagamento prévio da primeira anuidade, nos termos

do art. 7º, §§ 1º e 2º, do presente Regulamento.

Parágrafo único. Para todos os Conselhos Regionais de Medicina serão uniformes as normas de processar os pedidos de inscrição, os registros e as expedições de Carteira Profissional, valendo esta como prova de identidade e cabendo ao Conselho Federal de Medicina disciplinar, por "atos resolutórios", a matéria constante deste artigo.

Art. 4º - O pedido de inscrição a que se refere o artigo anterior poderá ser feito por procurador quando o médico ao inscrever-se não possa deslocar-se de seu local de trabalho. Nesses casos, ser-lhe-ão enviados registrados pelo Correio por intermédio do Tabelião da Comarca, os documentos a serem por ele autenticados, a fim de que o requerente em presença do Tabelião, os assine e neles aponha a impressão digital do polegar da mão direita, dentro do prazo máximo de 3 (três) dias devolvendo-os com a firma reconhecida ao Presidente do Conselho Regional que então autorizará a expedição da carteira e a inscrição.

Art.5º - O pedido de inscrição do médico será denegado quando:

a) o Conselho Regional de Medicina ou, em caso de recurso, o Conselho Federal de Medicina não julgarem hábil ou considerarem insuficiente o diploma apresentado pelo requerente.

b) nas mesmas circunstâncias da alínea precedente, não se encontrarem em perfeita ordem os documentos complementares anexados pelo interessado;

c) não tiver sido satisfeito o pagamento relativo à taxa de inscrição correspondente.

Art. 16 - Fica o médico obrigado a comunicar ao Conselho Regional de Medicina em que estiver inscrito a instalação de seu consultório ou local de trabalho profissional, assim como qualquer transferência de sede, ainda quando na mesma jurisdição.

§ 1º - Quando houver mudança de sede de trabalho, bem como no caso de abandono temporário ou definitivo da profissão, obedecer-se-á às disposições dos §§ 1º, 2º, 3º e 4º do art. 18 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, pagando nova anuidade ao Conselho da Região onde passar a exercer a profissão.

CAPÍTULO II
das taxas, carteiras profissionais e anuidades

Art. 7º - Os profissionais inscritos de acordo com o que preceitua a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, ficarão obrigados ao pagamento de anuidades a serem fixadas pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 1º - O pagamento da anuidade será efetuado até o dia 31 do mês de março de cada ano, quando será feito na ocasião da expedição da carteira profissional do interessado.

§ 2º - O pagamento de anuidades fora do prazo prescrito no parágrafo antecedente será efetuado com acréscimo de 20% (vinte por cento) da importância fixada.

Art. 8º - Os profissionais inscritos na forma da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957 pagarão, no ato do pedido de sua inscrição, uma taxa de inscrição fixada pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 9º - Ao médico inscrito de acordo com o presente Regulamento será entregue, mediante pagamento de taxa específica de expedição de carteira profissional e fixada pela Assembléia Geral, uma carteira profissional numerada e registrada no Conselho Regional, contendo:

a) nome por extenso;
b) filiação;
c) nacionalidade e naturalidade;
d) data de nascimento;
e) designação da Faculdade de Medicina diplomadora;
f) número da inscrição anotada nesse Conselho Regional;
g) data dessa mesma inscrição;
h) retrato do médico, de frente, de 3x4 cm exibindo a data dessa fotografia;

i) assinatura do portador;
j) impressão digital do polegar da mão direita;
k) data em que foi diplomado;
l) assinatura do Presidente, e do Secretário do Conselho Regional;
m) mínimo de três (3) folhas para vistos e anotações sobre o exercício da medicina;
n) mínimo de três (3) folhas para anotações de elogios, impedimentos e proibições;
o) declaração da validade da carteira com o documento de identidade e de sua fé pública (art. 19 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957);
p) denominado do Conselho Regional respectivo.

Parágrafo único. O modelo da Carteira Profissional a que se refere o art. 18 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957 será uniforme para todo o País e fixado pelo Conselho Federal de Medicina.

CAPÍTULO III
Das penalidades nos processos éticos-profissionais

Art. 10 - Os processos relativos às infrações dos princípios da ética profissional deverão revestir a forma de "autos judiciais", sendo exarados em ordem cronológica os seus pareceres e despachos.

Art. 11 - As queixas ou denúncias apresentadas aos Conselhos Regionais de Medicina, decalcadas em infração ético-profissional, só serão recebidas quando devidamente assinadas e documentadas.

Art. 12 - Recebida a queixa ou denúncia, o Presidente encaminhará a uma Comissão de Instrução, que ordenará as providências específicas para o caso e depois de serem elas executadas determinará, então, a intimação do médico ou da pessoa jurídica denunciadas para, no prazo de trinta dias a contar da data do recebimento dessa intimação, oferecer a defesa que tiver, acompanhando-a das alegações e dos documentos que julgar convenientes.

§ 1º - A instrução a que se refere este artigo poderá ser feita mediante depoimento pessoal do queixoso ou denunciante, arrolamento de testemunhas, perícias e demais provas consideradas hábeis.

§ 2º - A ambas as partes é facultada a representação por advogados militantes.

Art. 13 - As intimações poderão processar-se pessoalmente e ser certificadas nos autos, ou por carta registrada cuja cópia será estes anexada, juntamente com o comprovante do registro. Se a parte intimada não for encontrada, ou se o documento de intimação for devolvido pelo Correio, será ela publicada por edital em Diário Oficial do Estado dos Territórios, ou do Distrito Federal e em jornal de grande circulação na região.

Art. 14 - Somente na Secretaria do Conselho Regional de Medicina poderão as partes os seus procuradores ter "vista" do processo, podendo, nessa oportunidade tomar as notas que julgarem necessárias à defesa.

Parágrafo único - É expressamente vedada a retirada de processos pelas partes ou seus procuradores, sob qualquer pretexto da Secretaria do Conselho Regional, sendo igualmente vedado lançar notas nos autos ou sublinhá-los de qualquer forma.

Art. 15 - Esgotado o prazo de contestação, juntada ou não a defesa, a Secretaria do Conselho Regional remeterá o processo ao Relator designado pelo Presidente para emitir parecer.

Art. 16 - Os processos atinentes à ética profissional terão, além do relator, um revisor também designado pelo Presidente e os pareceres de ambos, sem transitarem em momento algum, pela Secretaria, só serão dados a conhecer na sessão plenária de julgamento.

Parágrafo único. Quando estiver redigido, o parecer o relator deverá ser entregue, em sessão plenária e pessoalmente ao Presidente e este, também pessoalmente, passará o processo às mãos do revisor, respeitados os prazos regimentais.

Art. 17 - As penas disciplinares aplicáveis aos infratores da ética profissional

são as seguintes:

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

Art. 18 - Da imposição de qualquer das penalidades previstas nas letras a, b, c, d, e e do art. 22 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, caberá sempre recurso de apelação para o Conselho Federal de Medicina, respeitados os prazos e efeitos preestabelecidos nos seus parágrafos.

Art. 19 - O recurso de apelação poderá ser interposto:

a) por qualquer das partes;
b) ex-offício.

Parágrafo único - O recurso de apelação será feito mediante petição e entregue na Secretaria do Conselho Regional dentro do prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data da cientificação ao interessado da decisão de julgamento, na forma do art. 13 deste Regulamento.

Art. 20 - Depois da competente "vista" ao recorrido que será de 10 (dez) dias, a contar da ciência do despacho do Presidente, designará este novo Relator para redigir a informação a ser prestada ao Conselho Federal de Medicina.

Art. 21 - O recurso "ex-offício" será obrigado nas decisões de que resultar cassação da autorização para o exercício profissional.

Art. 22 - Julgado o recurso em qualquer dos casos e publicado o acórdão na forma estatuída pelo Regimento interno do Conselho Federal de Medicina, serão os autos devolvidos à instância de origem do processo para a execução do decidido.

Art. 23 - As execuções das penalidades impostas pelos Conselhos Regionais e pelo Conselho Federal de Medicina processar-se-ão na forma estabelecida pelas respectivas decisões, sendo anotadas tais penalidades na carteira profissional do médico infrator como estatuído no § 4º do art. 18 da Lei nº 3.268, de 30.09.1957.

Parágrafo único. No caso de cassação de exercício profissional, além dos editais e das comunicações endereçadas às autoridades interessadas no assunto, será apreendida a carteira profissional do médico infrator.

CAPÍTULO IV
Das eleições

Art. 24 - Os Conselhos Regionais de Medicina serão instalados nas Capitais de todos os Estados e Territórios, bem como no Distrito Federal, onde terão sede e serão constituídos por:

a) cinco membros quando a região possuir até cinqüenta (50) médicos inscritos;
b) dez (10) até cento e cinqüenta (150) inscritos;
c) quinze (15) até trezentas inscrições e finalmente;
d) vinte e um (21) membros, quando houver mais de trezentas.

Parágrafo único. Haverá para cada Conselho Regional tantos suplentes de nacionalidade brasileira quanto os membros efetivos que o compõem como para o Conselho Federal, o que deverão ser eleitos na mesma ocasião dos efetivos, em cédula distinta, cabendo-lhes entrar em exercício em caso de impedimento de qualquer Conselheiro por mais de trinta dias ou caso de vaga, para concluírem o mandato em curso.

Art. 25 - O dia e a hora das eleições dos membros dos Conselhos Regionais serão fixados pelo Conselho Federal de Medicina, cabendo aos primeiros promover aqueles pleitos, que deverão processar-se por assembléia de médicos inscritos na Região mediante escrutínio secreto, entre sessenta (60) e 30 (trinta) dias antes do término dos mandatos e precedidos de ampla divulgação por editais nos Diários Oficiais do Estado, dos Territórios ou do Distrito e em jornal de grande circulação na Região.

Art. 26 - Haverá registro das chapas dos candidatos, devendo ser entregues os respectivos pedidos na secretaria de cada Conselho Regional com uma antecedência de pelo menos, 10 (dez) dias da data da eleição, e subscritos, no mínimo, por tantos médicos inscritos quantos sejam numericamente os membros componentes desse mesmo Conselho Regional.

§ 1° - O número de candidatos de cada chapa eleitoral será aquele indicado pelo art. 24 deste Regulamento menos um,a conformidade com o disposto no art. 13 da Lei n° 3.268 e 30.09.1957.

§ 2° Nenhum candidato poderá figurar em mais de uma chapa.

§ 3° Nenhum signatário da chapa eleitoral poderá ser nela incluído.

Art. 27 - O voto será pessoal e obrigatório em todas as eleições, salvo doença ou ausência comprovada do votante da Região devidamente justificadas.

§ 1° Votarão somente os médicos inscritos na jurisdição de cada Conselho Regional e quando provarem quitação de suas anuidades.

§ 2° - Os médicos eventualmente ausentes da sede das eleições enviarão seus votos em sobrecarta dupla, opaca, fechada e remetida sob registro, pelo correio, juntamente com ofício ao Presidente do Conselho Regional e com firma reconhecida.

§ 3° - As cédulas recebidas com as formalidades do parágrafo anterior serão computadas até o momento de encerrar-se a votação, sendo aberta a sobrecarta maior pelo Presidente do Conselho Regional que, sem violar o segredo do voto, depositará a sobrecarta menor numa urna especial.

§ 4° - Nas eleições, os votos serão recebidos durante, pelo menos, 6 (seis) horas contínuas, podendo, a critério do Conselho Regional e caso haja mais de 200 (duzentos) votantes, determinarem-se locais diversos na cidade-sede, para recebimentos de votos, quando então, deverão permanecer em cada local de votação dois (2) diretores ou médicos inscritos designados pelo Presidente do Conselho.

Art. 28 - Para os fins de eleição, a Assembléia Geral funcionará de conformidade com o art. 25 da Lei n° 3.268, de 30.9.1957.

Art. 29 - As eleições para os Conselhos Regionais serão feitas sem discriminação de cargos, que serão providos na sua primeira sessão ordinária, de conformidade com os respectivos regimentos internos.

Art. 30 - As normas do processo eleitoral relativas aos Conselhos Regionais constarão de instruções baixadas pelo Conselho Federal, de conformidade com o art. 5° letra g e art. 23 da Lei n° 3.268, de 30.9.1957.

Art. 31 - Por falta injustificada à eleição incorrerá o médico faltoso na multa de duzentos cruzeiros (Cr$ 200,00) dobrada na reincidência.

CAPÍTULO V
Do Conselho Federal de Medicina

Art. 32 - O Conselho Federal de Medicina será composto de 10 (dez) membros e de outros tantos suplentes, todos de nacionalidade brasileira, sendo nove (9) deles eleitos por escrutínio secreto perante o próprio Conselho Federal, em Assembléia dos Delegados dos Conselhos Regionais, e o restante será eleito pela Associação Médica Brasileira.

Art. 33 - Cada Conselho Regional de Medicina promoverá reunião de assembléia geral para eleição de um Delegado eleitor e de seu suplente, entre cem (100) e setenta (70) dias antes do término do mandato dos Membros do Conselho Federal de Medicina, dando ciência ao mesmo do nome do Delegado eleitor, até 15 (quinze) dias a contar da eleição.

Art. 34 - A escolha do Delegado eleitor poderá recair em médicos residentes nas respectivas regiões ou em quaisquer outras, não lhes sendo permitido, todavia, subestabelecer credenciais.

Art. 35 - Haverá registro de chapas de candidatos ao Conselho Federal de Medicina mediante requerimento assinado, pelo menos, por três (3) Delegados eleitorais, em duas vias, ao Presidente do mesmo, dentro do prazo de trinta dias e

amplamente divulgado pelo Diário Oficial da União e pela imprensa local.

Parágrafo único. Tendo recebido o requerimento, o Presidente do Conselho Federal de Medicina, depois de autenticar a primeira via desse documento com sua assinatura, devolverá a segunda com o competente recibo de entrega.

Art. 36 - A eleição para o Conselho Federal de Medicina será realizada entre vinte e cinco (25) e quinze (15) diantes antes do término do mandato dos seus membros, devendo ser a data escolhida aos Conselhos Regionais com antecedência de 30 (trinta) dias.

Art. 37 - A mesa eleitoral será constituída pelo menos, por três (3) membros da Diretoria do Conselho Federal.

§ 1° - Depois de lidas as chapas registradas, o Presidente precederá à chamada dos Delegados eleitores, que apresentarão suas credenciais.

§ 2° - Cada Delegado eleitor receberá uma socrecarta rubricada pelo Presidente da mesa, dirigindo-se ao gabinete indevassável para encerrar as chapas de Conselheiros efetivos e suplentes na sobrecarta que lhe foi entregue.

§ 3° - Voltando do Gabinete indevassável o Delegado assinará a lista dos votantes e, em seguida, depositará o voto na urna.

Art. 38 - Terminada a votação, a mesa procederá à contagem das sobrecartas existentes na urna, cujo número deverá coincidir com o dos votantes. Verificada tal coincidência, serão abertas as sobrecartas e contadas as cédulas pelos mesários designados para tal fim.

Art. 39 - Caso nenhuma das chapas registradas obtenha maioria absoluta de votos do primeiro escrutínio, far-se-á imediatamente um segundo, no qual só serão sufragadas as duas chapas mais votadas.

Parágrafo único - Em caso de empate, serão repetidos tantos escrutínios quantos sejam necessários para decidir o pleito.

Art. 40 - O comparecimento dos Delegados dos Conselhos regionais de Medicina às eleições para membros do Conselho Federal será obrigatório, aplicando-se as sanções previstas em lei nos casos de ausência injustificada.

CAPÍTULO VI
Das disposições gerais

Art. 41 - O mandato dos Membros dos Conselhos Regionais de Medicina será meramente honorífico e durará cinco (5) anos como o dos Membros do Conselho Federal de Medicina.

Art. 42 - Sempre que houver vagas em qualquer Conselho Regional e não houver suplentes a convocar em número suficiente e para que o Conselho funcione, processar-se-ão eleições necessárias ao preenchimento das vagas dos membros efetivos e suplentes, na forma das instruções que forem baixadas pelo Conselho Federal e sob a presidência de uma diretoria, que, será, segundo as eventualidades:

I - A própria Diretoria do Conselho em questão, se ao menos os ocupantes dos cargos de Presidente, Primeiro-Secretário e Terceiro coincidirem com os Conselheiros Regionais remanescentes ou com a integração de outros médicos, se o número de diretores não for suficiente.

II - Diretoria provisória designada pelo Conselho Federal, entre os Conselheiros Regionais remanescentes, ou com a integração de outros médicos, se o número dos primeiros não perfizer o necessário para o preenchimento dos três cargos essenciais, mencionados no item anterior, tudo no caso de não existir nenhum membro da Diretoria efetiva;

III - Diretoria provisória, livremente designada pelo Conselho Federal, se não houver conselheiros regionais remanescentes.

Parágrafo único. Os membros efetivos e os suplentes eleitos nas condições do artigo 43 concluirão o mandato dos conselheiros que abrirem vagas.

Art. 43 - Os caos omissos do presente Regulamento serão resolvidos pelo Conselho Federal de Medicina.

CAPÍTULO VII
Das disposições transitórias

Art. 44 - Dentro do prazo de trinta (30) dias após a aprovação do presente Regulamento, o Conselho Federal baixará instruções com uma tabela de emolumentos (anuidades, taxas de inscrição, carteiras, etc.), a serem cobradas pelos Conselhos Regionais de todo o país.

Art. 45 - A exigência da apresentação da carteira profissional do médico, assim como a obrigatoriedade de indicar no seu receituário o respectivo número de sua carteira dos Conselhos Regionais só se tornarão efetivas a partir de 180 (cento e oitenta) dias depois da publicação do presente Regulamento.

Art. 46 - Os Conselhos Regionais de Medicina providenciarão a feitura ou a reforma de seus Regimentos Internos, de conformidade com a Lei nº 3.268, de 30.9.1957.

Art. 47 - Revogam-se as disposições em contrário.

ESCLARECIMENTO

Todo ano enfrentamos o mesmo problema, pagamento de taxas, impostos, selos, estampilhas, etc. No que diz respeito ao sindicato surgem duas taxas e que geralmente causam confusão. São elas, a Contribuição Sindical (ex-Imposto Sindical) e a Anuidade do Sindicato (Contribuição Social). Vamos falar um pouco das duas.

A) CONTRIBUIÇÃO SINDICAL (Ex-Imposto) - É uma taxa obrigatória, instituída pela CLT, fixada por lei, paga de uma só vez ao ano. Para os trabalhadores assalariados equivale a um dia de trabalho, descontada em folha do mês de março. Para os trabalhadores autônomos, equivale a 30% do saário referência (valor aproximadamente igual a 1/2 salário mínimo) devendo ser paga nos meses de janeiro ou fevereiro de cada ano. Após 28 de fevereiro passa a ter acréscimo de multa, juros e correção monetária. Para se ter uma idéia, em 1984 seu valor inicial foi de Cr$ 8.489 e em dezembro Cr$ 25.882, sem o pagamento desta taxa não se pode renovar o registro do Conselho Regional de Medicina.

Algumas observações:

1º) O Simepar e expressiva parcela do movimento sindical é contra esta taxa pelo fato de que representa um elemento a mais e importante do atrelamento sindical.

2º) Como é uma taxa obrigatória, para os médicos é mais vantajosa ser paga diretamente como autônomo e nos meses de janeiro ou fevereiro, do que deixar descontar do salário, pois este valor sempre será maior.

3º) Pagando como autônomo, basta entregar xerox do comprovante de pagamento até 28 de fevereiro, no departamento de pessoal de onde trabalha, evitando assim ser cobrado duplamente.

4º) O pagamento da Contribuição Sindical, não implica em sindicalização, nem sequer estar em dia com suas obrigações sociais. Seu valor para os meses de janeiro e fevereiro de 1985 foi fixado em Cr$ 26.400.

b) A ANUIDADE (CONTRIBUIÇÃO SOCIAL) é uma taxa devida pelos associados e que é fixada por assembléia, face a previsão orçamentária. O seu pagamento implica em estar sindicalizado. É com esta taxa que o sindicato mantém sua estrutura e atuação. Quanto maior for sua arrecadação, maior será a autonomia do Sindicato, maior será sua estrutura, e consequentemente, maior a sua atuação.

SIMEPAR

Alô! Você sabe a diferença?

Fisioterapeuta não pode solicitar exames complementares.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais solicita ao Conselho Federal de Medicina, pronunciamento sobre consulta endereçada àquela Regional por um dos seus Conselheiros:

1 - Pode o Fisioterapeuta solicitar exames complementares?

2 - O Radiologista ou o Patologista pode realizar exames complementares solicitados por fisioterapeutas?

Em relação a primeira pergunta, cumpre esclarecer que, a solicitação de exames complementares, só pode ser feita por médico, porque é complementação do exame clínico, portanto, parte integrante do diagnóstico, o qual somente pode ser realizado por profissional legalmente habilitado (art. 17 da Lei 3268 de 30 de setembro de 1957), respeitada todavia, a legislação que regula a atividade dos odontólogos.

O segundo questionamento, sobre a realização de exames complementares solicitados por fisioterapeutas, a que em nosso entender, se estende a outros profissionais da área de saúde e à leigos, é absolutamente ilegal, consoante ao art. 282 e 284 do Código Penal Brasileiro.

Em síntese, é restrito a consulta:

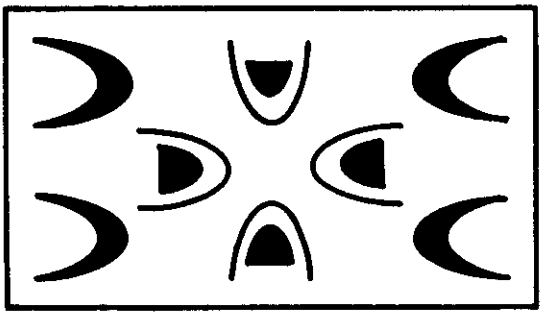
1 - É ilegal o fisioterapeuta solicitar exames complementares,

2 - É ilegal o médico Radiologista ou o Patologista realizar exames complementares solicitados por fisioterapêutas.

É o nosso parecer, s.m.j.

Duilton de Paola
Conselheiro Relator - CFM

Aprovado em Sessão Plenária 11 de setembro de 1985.



RESPONSABILIDADE DO MÉDICO RESIDENTE.

PARECER DO CREMESP

QUEM RESPONDE SE HOUVER IMPERÍCIA?

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

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

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

Na eventualidade de ocorrência de qualquer ato danoso ao paciente, a responsabilidade recai civil e penalmente sobre o médico responsável pelo atendimento, estando ainda esse médico sujeito a responder a processo ético-profissional no CREMESP.

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

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

FORMULÁRIOS DE SEGURO DE VIDA.

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

Este trabalho merece remuneração.

RESOLUÇÃO CFM No. 1076/81

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei Nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto Nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

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

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

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

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

Considerando que esse trabalho do médico, no caso de paciente assistido em instituições públicas, previdenciárias ou filantrópicas, deve obedecer, rigorosamente, ao disposto no art. 67 do Código de Ética Médica.

Considerando o que consta do Processo CFM Nº 07/81;
Considerando finalmente o decidido pelo plenário em sessão realizada em 30 de dezembro de 1981,

RESOLVE:

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

2. O médico pode pela prestação de tal serviço receber a devida remuneração.

Rio de Janeiro, 30 de dezembro de 1981.

Murillo Bastos Belchior
Presidente

José Luiz Guimarães Santos
Secretário Geral

ÓBITO DURANTE PLANTÃO

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

RESOLUÇÃO CFM No. 743/76

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

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

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

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

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

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

RESOLVE:

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

Rio de Janeiro, 11 de outubro de 1976

Murillo Bastos Belchior
Presidente

José Luiz Guimarães Santos
Secretário-Geral

Cancelamento de inscrição.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.040/80

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei Nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958;e

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

CONSIDERANDO que ao Conselho Federal de Medicina compete baixar instruções para o bom funcionamento dos Conselhos Regionais, conforme o estabelecido na alínea "g" do artigo 5º da Lei nº 3.268/57;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rio de Janeiro, 30 de dezembro de 1980.

Murillo Bastos Belchior
Presidente

José Luiz Guimarães Santos
Secretário-Geral

RESOLUÇÃO CFM No. 982/79

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

Considerando o que ficou decidido em Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina,

RESOLVE:

I. Recomendar aos médicos para exigirem prova de identidade aos interessados na obtenção de atestados de qualquer natureza, envolvendo assuntos de saúde e/ou doença.

II. Em caso de menor ou interdito a prova de identidade deverá ser exigida de seu responsável legal.

III. Os principais dados da prova de identidade deverão constar obrigatoriamente dos referidos atestados.

IV. Esses atestados devem fazer menção que estão sendo fornecidos a pedido dos interessados.

V. Os Conselhos Regionais de Medicina deverão providenciar a divulgação desta recomendação.

Rio de Janeiro, 28 de dezembro de 1979

MURILLO BASTOS BELCHIOR
Presidente

JOSE LUIZ GUIMARÃES SANTOS
Secretário-Geral

PREÇO VIL

HOMOLOGAÇÃO DA TABELA DE HONORÁRIOS DA AMB

UMA DIFÍCIL, MAS GRANDE DECISÃO

RESOLUÇÃO Nº 011/85

O Conselho Regional de Medicina do Paraná, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3268/57, regulamentada pelo Decreto-Lei nº 44045/58 e pelo art. 4º da Resolução 1154/84 do Conselho Federal de Medicina,

CONSIDERANDO a decisão da Reunião Plenária do CFM, em 11 de janeiro do corrente que recomenda a utilização da Tabela de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira, aprovada pela Assembléia de Delegados daquela entidade em 29 de setembro de 1984, que regulamenta a remuneração dos procedimentos médicos nos diversos tipos de convênios;

CONSIDERANDO o art. 4º da Resolução 1084/82 do CFM que determina a inscrição das pessoas jurídicas contratantes nos Conselhos Regionais e, o art. 3º da Resolução CFM 687/75, que obriga o registro de seu responsável técnico;

CONSIDERANDO finalmente o que ficou decidido em Reunião Plenária deste Conselho Regional de Medicina em 21 de janeiro de 1985;

RESOLVE:

1) Homologar a Tabela de Honorários Médicos, da Associação Médica Brasileira.

2) Para procedimentos disciplinares referentes a transgressões ao art. 66 do Código Brasileiro de Deontologia Médica, considerar como preços vis, os inferiores aos da referida tabela.

3) Caracterizar como infratores do art. 41 do Código Brasileiro de Deontologia Médica os responsáveis técnicos ou clínicos das entidades convenientes que impedirem o cumprimento desta Resolução.

Sala das Sessões, em 21 de janeiro de 1985.

Dr. LUIZ CARLOS SOBANIA
Presidente em Exercício

Dr. RICARDO AKEL
1º Secretário

MUDOU DE ENDEREÇO?

Decreto Federal no. 44.045 de 19.07.1958 — D.O. de 25.07.1958

Artigo 6º — Fica o médico obrigado a comunicar ao Conselho Regional de Medicina em que estiver inscrito, a instalação de seu consultório ou local de trabalho profissional, assim como qualquer transferência de sede, ainda quando na mesma jurisdição.

NOME: _____

Consultório: ☐ Residência: ☐

Rua: _____

Nº: _____ Andar/Sala/Apto. _____

Bairro: _____ Fone: _____

Cidade: _____

CEP: _____ Estado: _____

Formado na Universidade de _____ Ano _____

Especialidade que pratica _____

Tem Título de Especialista? _____

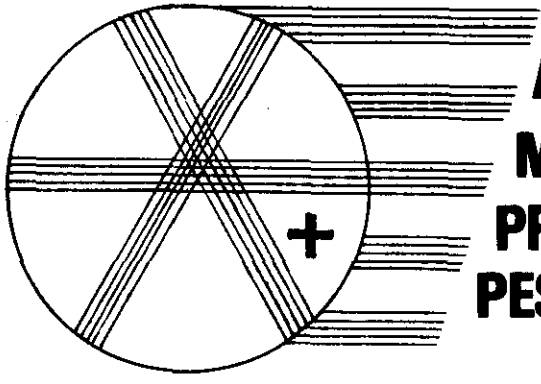
De Qual Sociedade? _____

O Título já foi registrado no Conselho? _____

NOVO!

Data: _____

Rubrica _____



ATESTADO MÉDICO À PRÓPRIA PESSOA

Consulta recebida pelo Cremesc a respeito da legitimidade do médico atestar sobre a sua própria doença. O consultor jurídico do Conselho, advogado Murilo Rezende Salgado, ressalta que "realmente, a consulta retra hipótese inusitada, mas evidentemente proibida."

"O atestado médico é uma espécie de laudo pericial, simplificado sem dúvida, mas que traduz o parecer do médico sobre o estado de saúde do examinando. Ainda que não tenha finalidade judicial, o atestado representa o esclarecimento de uma situação que só o médico pode conhecer, em face de sua habilitação profissional e conhecimentos técnicos.

Portanto, inegavelmente, é uma forma de perícia, embora não judicial.

O Código de Processo Civil no seu artigo 138, III, dispõe que se aplicam ao perito, os casos de impedimento e suspeição que estabelece para o juiz (artigos 134 e 135).

O primeiro caso de impedimento que a lei cria, em virtude do qual o juiz está proibido de funcionar, no processo, é o em que for parte. Daí, o provérbio popular de que "ninguém pode ser juiz em causa própria'.

Do mesmo passo, e pelas mesmas óbvias razões, não pode ser perito em causa própria.

Do idêntico modo, e atendendo aos mesmos objetivos de imparcialidade com que o "expert" há de elaborar o laudo, estipula o Código Brasileiro de Deontologia Médica, no princípio no. 54, que é vedado ao médico "ser perito de cliente seu, pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu julgamento".

Ademais, o princípio no. 55, do referido Código, determina que é vedado ao médico "deixar de atuar com absoluta isenção..."

Ora, é de se indagar: que isenção poderá ter um facultativo, por mais probo que seja, ao assinar um atestado médico sobre si próprio? É claro que nenhuma. Há presunção invencível de sua perda.

Ante o exposto, minha opinião é no sentido de que o médico está impedido de emitir atestado médico relativamente ao próprio estado de saúde, não só porque o proíbe a norma de Deontologia Médica, quanto a do Código de Processo Civil, que se aplica subsidiariamente à hipótese em exame."

(Transcrito do jornal do Cremesc nº 36 - 1985)

A RESPONSABILIDADE PÚBLICA OU PRIVADA DAS INSTITUIÇÕES MÉDICAS

RESOLUÇÃO CFM Nº 911/79

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, assim como atendendo ao que ficou decidido em sessão plenária; e

CONSIDERANDO que pelo Art. 107 da Constituição Federal as pessoas jurídicas de direito público respondem pelos danos que seus funcionários, nessa qualidade, causem a terceiros;

CONSIDERANDO que tal preceito constitucional (parágrafo único) condiciona a ação regressiva contra o funcionário ao elemento subjetivo, pressupondo inequívoca existência de culpa ou dolo na produção do dano;

CONSIDERANDO que o conceito do Direito Civil de falta pessoal (Art. 15 do Código Civil) tem cedido lugar à noção jurisprudencial da culpa administrativa;

CONSIDERANDO que os profissionais da medicina, efetivamente, não raras vezes, são levados diretamente a responder por tais danos, resultantes na maioria dos casos de motivos independentes de sua vontade e não de incompetência e responsabilidade pessoais;

CONSIDERANDO que tal situação ocorre, de igual modo, nas empresas privadas que mantêm serviços médicos;

CONSIDERANDO a necessidade presente de situar e definir nos exatos e devidos termos a responsabilidade civil dos médicos.

RESOLVE:

Recomendar especial atenção dos profissionais para a responsabilidade direta de suas instituições, quer públicas quer privadas, invocando sempre em Juízo, quando a ele forem chamados, essa responsabilidade, devendo, ainda, os Conselhos Regionais de Medicina, nos processos ético-profissionais instaurados contra médicos em decorrência de situações pertinentes, observarem o máximo cuidado na apreciação e julgamento das espécies.

Rio de Janeiro, 1º de março de 1979

MURILLO BASTOS BELCHIOR
Presidente

JOSÉ LUIZ GUIMARÃES SANTOS
Secretário-Geral

(Publicada no D.O.U. de 27/03/79 – Seção I – Parte II)

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 institulu 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 de publicação, ficando revogadas as disposições em contrário, especialmente as Resoluções CFM nºs 1.057, de 4 de setembro e nº 1.088, de 9 de novembro de 1982.

Rio de Janeiro, 16 de abril de 1985

GABRIEL WOLF OSELKA
Presidente

ANA MARIA CANTALICE LIPKE
Secretária-Geral

PARECER DO CFM

A Administração Pública, ao estabelecer o seu quadro funcional, organizá-lo-á e estruturá-lo-á da melhor forma possível, sempre atendendo aos princípios gerais que regem o Direito Administrativo.

Organizado o quadro de funcionário, a Administração, na forma do estabelecido no artigo 97 da Constituição Federal, a fim de dar provimento aos cargos, promoverá concurso público com a publicação do edital estipulando os requisitos e condições gerais, bem como, a convocação dos interessados.

No referido edital, temos que é inteiramente possível que se faça constar requisitos e exigências, tais como, a apresentação de títulos relativos à natureza da atividade do cargo, segundo pondera o mestre Oswaldo Aranha Bandeira de Mello "in" Princípios Gerais do Direito Administrativo (Ed. Forense, Rio de Janeiro, 1969, vol. II, pág. 400).

Outrossim, convém ressaltar que com a exigência de apresentação do título de especialista pelo candidato ao cargo, não estará a Administração Pública ferindo o consignado no Decreto no. 72.493/73, posto que pode, segundo seus critérios de conve-

niência e visando atender melhor às suas necessidades e ao interesse público, formular outras exigências em carácter complementar, para ingresso no serviço público, exigindo dos candidatos conhecimentos específicos acerca de determinada matéria e, assim, qualificando-os subjetivamente.

Pelo exposto, nos casos em que se promova concurso público para provimento de cargos na área médica, é perfeitamente legal exigir-se a apresentação de título de especialista do candidato ao cargo.

Há que se ressalvar o seguinte aspecto: a comprovação da especialidade é dada pelo registro do título no Registro de Especialistas do Conselho Regional de Medicina, entidade competente para legalizar o mencionado título de especialista, na forma do disposto na Resolução CFM no. 1.086/82.

Portanto, sendo de competência exclusiva do Conselho Regional de Medicina, a legalização ou jurídicalização do título de especialista, não pode o órgão ou entidade que pretende realizar o concurso público impor qualquer outra formalidade para a comprovação da especialidade, ou seja, de qualificação subjetiva do candidato.

É o nosso parecer, s.m.j.

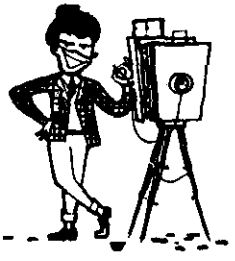
Rio de Janeiro, 27 de julho de 1985

Cecília S.Marcelino
Assessora Jurídica

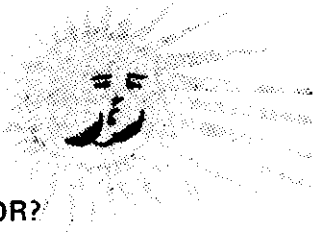
Antonio Carlos Mendes
Assessor Jurídico

Observação da redação: Pareceres contrários tem sido dados por alguns juízes.

Código Brasileiro de Deontologia Médica
Artigo 69 - Anunciar títulos científicos que não possa comprovar ou especialidades nas quais não esteja inscrito no Registro de Qualificação de Especialista do Conselho Federal de Medicina.



CONSULTA FORMULADA PELA SOCIEDADE DE RADIOLOGIA DO PARANÁ



* **A QUEM PERTENCE OS EXAMES COMPLEMENTARES?**
* **QUEM E QUANDO SE PODE DELES DISPOR?**
* **QUAL O PAPEL DO HOSPITAL OU SERVIÇO QUE ATENDEU?**

PARECER CRMPR-Nº 014/85

O Conselho Regional de Medicina do Paraná, apreciando consulta formulada através do ofício 08/85 de 16.01.85, elaborou Parecer em Sessão Plenária de 04.02.85, com o seguinte teor:

1) Todo e qualquer exame complementar pertence ao paciente e somente a ele;

2) Sempre que o paciente não levar consigo, estes documentos ficarão sob a guarda e responsabilidade do médico, hospital ou serviço médico que o atendeu, em colecionador adequado;

3) Estes poderão ser usados para fins científicos ou de ensino, bem como para verificação pelos administradores das instituições que administrem recursos de segurados ou hospitalares, dentro das normas do Código Brasileiro de Deontologia Médica;

4) No caso em foco, face à consulta específica da Sociedade de Radiologia do Paraná, tais documentos não devem ser entregues à destruição, nem a leigos, nem a terceiros, sem a autorização expressa dos reais proprietários, os pacientes, que por ele pagaram.

Parecer aprovado em
Sessão Plenária

CONS. RICARDO AKEL
1º Secretário

CONS. LUIZ RICARDO SOBANIA
Pres. em Exercício

Código Brasileiro de Deontologia Médica
Artigo 26 - Exercer sua autoridade de maneira a limitar os direitos do paciente de decidir sobre sua pessoa e seu bem-estar.

CLÍNICA DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

ONDE E COMO REGISTRAR

RESOLUÇÃO CFM Nº 1236/87

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;

CONSIDERANDO que os estabelecimentos de saúde que se dedicam ao exercício da Medicina Física e Reabilitação, devem ser dirigidos por médicos designados Diretores Técnicos, conforme preceitua o Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932;

CONSIDERANDO que, de acordo também com o supra mencionado diploma legal, cabe exclusivamente ao médico devidamente habilitado o direito de estabelecer diagnóstico, prescrever medicamentos e condutas terapêuticas;

CONSIDERANDO que a Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980, determina que os estabelecimentos prestadores de serviços médicos devem inscrever-se obrigatoriamente nos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO finalmente, o que ficou decidido em sessão plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em

RESOLVE:

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

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

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

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

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

Artigo 6º — A presente Resolução entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 14 de março de 1987

GABRIEL WOLF OSELKA
Presidente

ANA MARIA CANTALICE LIPKE
Secretária Geral

CONHEÇA E DIVULGUE

NORMAS SOBRE MEDICINA DO TRABALHO

INFORMAÇÕES SOBRE A NR 7 - EXAMES MÉDICOS

A Portaria nº 12 de 06/06/83 do Secretário de Segurança e Medicina do Trabalho dá nova redação à NR 7 —Exames Médicos, em que não consta mais a Carteira de Saúde ou Carteira Sanitária como substitutiva dos Exames Médicos Admissional, Periódico ou Demissional.

Os Exames Médicos Admissional, Periódico ou Demissional, são obrigatórios e deverão ser custeados e comprovados pelo Empregador.

Os Exames Médicos compreendem a Investigação Clínica e a critério médico, Exames Complementares, a fim de investigar a capacidade ou aptidão física e mental do empregado, para a função que deverá exercer ou exerce.

Por força de Protocolo de Intenções assinado pela Delegacia Regional do Trabalho, Secretaria de Saúde e Bem Estar Social, Delegacia Federal de Saúde, INPS e INAMPS, no Paraná não será exigida a realização e comprovação de Abreugrafia.

O Médico que realizou o exame emitirá o ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL que deverá ficar arquivado junto a 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;
c) especificação de apto ou inapto para a função que vai exercer ou exerce;
d) data, assinatura do Médico e carimbo contendo nome e número da inscrição no CRM.

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, nas localidades onde houver, por Médico do Trabalho. Nas localidades onde não houver Médido do Trabalho, os Exames e Atestado de Saúde Ocupacional poderão ser fornecidos por Médido de Serviço Médico Oficial, de Entidades Sindicais ou Médico Particular.

Todo estabelecimento deve estar equipado com material necessário à prestação de Primeiros Socorros, levando-se em consideração as características da atividade desenvolvida.

Como sugestão a Médicos do Trabalho e a Empresários, relativo aos honorários profissionais a serem cobrados para a realização dos Exames Médicos Ocupacionais, acreditamos devam estar adstritos à Tabela de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira.

A legislação não prevê a realização dos Exames Médicos através de Entidades Estatais, Para-Estatais ou Privadas, mas, no entanto, isto é possível desde que estas Empresas estejam devidamente preparadas para tal e que sejam feitos através da utilização de profissionais qualificados — Médicos do Trabalho.

ADALBERTO MASSA
Delegado Regional do
Trabalho no Paraná

DR. FARID SABBAG
Médico do Trabalho
Diretor da Divisão de
Segurança e Medicina
do Trabalho - D.R.T./PR.

A LEI É A LEI. CUMPRA-SE A LEI

CÓDIGO DE PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL PARA OS CONSELHOS DE MEDICINA

Capítulo III
Da Instrução

Artigo 10º

IV - o médico que convidado a depor ou testemunhar em processo ético-profissional, recusar sua colaboração, deverá ser advertido pelo Presidente da Comissão deque incorre em infração do Código de Ética;

V - e se o médico persistir no propósito constante do inciso anterior, deverá ser denunciado pelo Presidente da Comissão ao Presidente do Conselho, para instauração do competente processo.

SE O PACIENTE RECUSA TRANSFUSÃO DE SANGUE. O QUE FAZER?

RESOLUÇÃO CFM Nº 1021/80

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

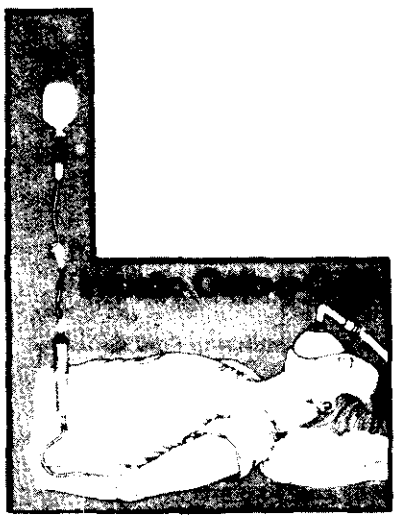
CONSIDERANDO o disposto no Art. 153, parágrafo 2º da Constituição Federal; no Art. 146 e seu parágrafo 3º, incisos I e II do Código Penal; e nos Arts. 1º, 30 e 40 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO o caso de pacientes que, por motivos diversos, inclusive os de ordem religiosa, recusam a transfusão de sangue;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária deste Conselho, realizada no dia 26 de setembro de 1980,

RESOLVE:

Adotar os fundamentos do anexo PARECER, como interpretação autêntica dos dispositivos deontológicos referentes à recusa em permitir a transfusão de sangue, em casos de iminente perigo de vida.



Rio de Janeiro, 26 de setembro de 1980.

GUARACIABA QUARESMA GAMA
Presidente em exercício

JOSÉ LUIZ GUIMARÃES SANTOS
Secretário-Geral

TRANSFUSÃO DE SANGUE

PARECER PROC. CFM nº 21/80

O problema criado, para o médico, pela recusa dos adeptos das Testemunhas de Jeová em permitir a transfusão sangüínea, deverá ser encarado sob duas circunstâncias:

1 — A transfusão de sangue teria precisa indicação e seria a terapêutica mais rápida e segura para a melhora ou cura do paciente.

Não haveria, contudo, qualquer perigo imediato para a vida do paciente se ela deixasse de ser praticada.

Nessas condições, deveria o médico atender o pedido de seu paciente, abstendo-se de realizar a transfusão de sangue.

Não poderá o médico proceder de modo contrário, pois tal lhe é vedado pelo disposto no Art. 32, letra "f" do Código de Ética Médica: (novo código)

"Não é permitido ao médico:

f) exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente resolver sobre sua pessoa e seu bem-estar".

2 — O paciente se encontra em iminente perigo de vida e a transfusão de sangue é a terapêutica indispensável para salvá-lo.

Em tais condições, não deverá o médico deixar de praticá-la, apesar da oposição do paciente ou de seus responsáveis em permití-la.

O médico deverá sempre orientar sua conduta profissional pelas determinações de seu Código.

No casó, o Código de Ética Médica assim prescreve:

Art. 1º — A Medicina é uma profissão que tem por fim cuidar da saúde do homem, sem preocupações de ordem religiosa...".

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

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

Por outro lado, ao praticar a transfusão de sangue, na circunstância em causa, não estará o médico violando o direito do paciente.

Realmente, a Constituição Federal determina em seu Art. 153, § 2º, que "ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei."

Aquele que violar esse direito cairá nas sanções do Código Penal quando este trata dos crimes contra a liberdade pessoal e em seu Art. 146 preconiza:

> "Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda".

Contudo, o próprio Código Penal, no parágrafo 3º desse mesmo Art. 146, declara:

"Não se compreendem na disposição deste artigo:

1 — a intervenção médica ou cirúrgica sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida".

A recusa do paciente em receber a transfusão sangüínea, salvadora de sua vida, poderia, ainda, ser encarada como suicídio. Nesse caso, o médico, ao aplicar a transfusão, não estaria violando a liberdade pessoal, pois o mesmo parágrafo 3º do Art. 146, agora no inciso II, dispõe que não se compreende, também, nas determinações desse artigo: "a coação exercida para impedir suicídio".

CONCLUSÃO

Em caso de haver recusa em permitir a transfusão de sangue, o médico, obedecendo a seu Código de Ética, deverá observar a seguinte conduta:

1º — Se não houver iminente perigo de vida, o médico respeitará a vontade do paciente ou de seus responsáveis.

2º — Se houver iminente perigo de vida, o médico praticará a transfusão de sangue, independentemente de consentimento do paciente ou de seus responsáveis.

DR. TELMO REIS FERREIRA
RELATOR
CFM

É ÉTICO PARCELAMENTO DE HONORÁRIOS MÉDICOS

"Tendo em vista aos altos custos da cirurgia plástica, principalmente a estética e tendo sido constantemente consultado sobre a possibilidade de **parcelamento** *dos honorários médicos, por futuros clientes, sem o qual não poderiam realizar a cirurgia, recorro a V.Sa. no sentido de saber se é considerado anti-ético tal procedimento.*

RESPOSTA DO CRM

O parcelamento de honorários médicos, se não encontra respaldo no Código de Ética, também não é proibido pelo mesmo. Entendo portanto,ser tal prática viável, desde que não seja divulgada ao público, circunstância que, certamente, caracterizaria mercantilização da medicina.

Convém se anotar outrossim,que a eventual possibilidade do parcelamento de honorários médicos,não deve induzir à prestação de serviços profissionais a preços extorsivos, mesmo porque não há que se confundir, a facilitação do pagamento, com crediário nos moldes adotados pelo comércio.

É o nosso parecer.

Curitiba, 02 de maio de 1985

Adv. Antonio Celso C.Albuquerque
Assessor Jurídico

(Aprovado em sessão de 13.05.85)

$$$

COBRANÇA DE COMPLEMENTAÇÃO DE HONORÁRIOS EM CONVÊNIOS ANALISE O ESPÍRITO DA SUA INCLUSÃO NA TABELA DA AMB É PERMITIDA OU NÃO A COBRANÇA?

Médico de Curitiba formula consulta:

1. Ocorre infração ao **código de ética**, no caso de credenciado em determinados convênios, manter atendimentos à pacientes destes convênios, desde que os mesmos estejam de acordo com a tabela AMB-SOPROT, tanto para honorários clínico como cirúrgico?
   Devemos salientar que existem alguns convênios que permitem a complementação de honorários por parte de médico além daquele que tal convênio paga, como é o exemplo da Fundação Copel, que paga ao médico Cr$ 4.500 pela consulta, dando ao médico direito à complementação de honorários do paciente, que estando em Cr$ 13.500 totaliza os Cr$ 18.000 atuais, e de acordo com a tabela AMB-SOPROT, sendo os procedimentos cirúrgicos cobrados do paciente, de acordo com a tabela AMB.
2. No caso de não poder permanecer credenciado em alguns convênios, mesmo com o cumprimento da tabela AMB-SOPROT, nos colocaremos numa situação financeira difícil, porque nos obrigará a uma redução acentuada no número de consultas por nós realizadas, uma vez que não temos direito às consultas da SOPROT, porque não somos sócios.

O CONSELHO RESPONDE:

Na Reunião Plenária do CRM-PR de 21.01.85, foi aprovada a tabela da AMB como parâmetro mínimo para honorários médicos de convênios e na reunião plenária de 04.02.85 foi normatizada pela Resolução nº 11/85 como segue:

"O Conselho Regional de Medicina do Paraná, no uso das suas atribuições conferidas pela Lei 3268/57, regulamentada pelo Decreto-Lei nº 44045/58 e pelo art. 4º da Resolução 1154/84 do Conselho Federal de Medicina,

CONSIDERANDO a decisão da Reunião Plenária do CFM, em 11 de Janeiro do corrente que recomenda a utilização da Tabela de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira, aprovada pela Assembléia de Delegados daquela entidade em 29 de setembro de 1984, que regulamenta a remuneração dos procedimentos médicos nos diversos tipos de convênios;

CONSIDERANDO o art. 4º da Resolução 1084/82 do CFM que determina a inscrição das pessoas jurídicas contratantes nos Conselhos Regionais e, o art. 3º da Resolução CFM 687/75, que obriga o registro de seu responsável técnico;

CONSIDERANDO finalmente o que ficou decidido em Reunião Plenária deste Conselho Regional de Medicina em 21 de Janeiro de 1985;

RESOLVE:

1. Homologar a Tabela de Honorários Médicos, da Associação Médica Brasileira.

2. Para procedimentos disciplinares referentes a transgressões ao art. 66 do Código Brasileiro de Deontologia Médica, considerar preços vis, os inferiores ao da referida tabela.

3. Caracterizar como infratores ao art. 41 do Código Brasileiro de Deontologia Médica os responsáveis técnicos ou clínicos das entidades convenientes que impedirem o cumprimento desta Resolução.

Assim, é anti-ético manter convênios com Empresas que não observam os valores da tabela de convênios da AMB para honorários médicos, que foi reconhecida e normatizada por este Conselho.

A complementação de honorários não pode ser praticada para alcançar o mínimo estabelecido por uma tabela que não aceita complementação. A prática de complementação pretendida pelo médico consultante desvirtua a tabela e a torna sem valor.

Ainda quanto ao exposto na Resolução CRM-PR nº 11/85, acima, tem a preocupação de evitar que o desequilíbrio de mercado leve o médico a continuar se submetendo a tabelas impostas por compradores de serviços médicos, pois, estas tabelas procuram auferir lucros a custos de uma baixa remuneração médica.

Lembramos ao consultante que não é o único com situação financeira difícil e que também não será com convênios que fogem a tabela da AMB que conseguirá sobreviver, pois, hoje são poucos os médicos que se sujeitam a tais convênios, mas, se continuarem em breves dias serão muitos e estaremos, então, todos sujeitos aos honorários impostos pelas tabelas dos compradores de serviço, o que não se mostrou satisfatório até o momento.

Curitiba, 04 de fevereiro de 1985.

OSMAR MARTINS
Conselheiro-Relator

Aprovado em sessão plenária de 04.02.85.

Consulta

Pode ser medida a pressão arterial na rua? Pode ser medida por leigos ou para-médicos?

PARECER

A consulta realizada pelo Professor Eduardo de Almeida Rego Filho, refere-se a observação de modo crescente, em Londrina, da prática de se determinar a pressão arterial de transeunte em praça pública. Esta é realizada por estudantes de enfermagem, médicina (ou leigos), para conseguir verba para formatura, os quais, embora não cobrem para realizar tal ato, induzem a que o transeunte colabore com qualquer quantia.

A medida da pressão arterial é um ato médico e só deverá ser realizada por médico ou sob supervisão médica. Assim sendo, quando se mede a pressão arterial em local público, tal fato deve ser comunicado a este Conselho, salvo quando supervisionado por médico, em campanhas de esclarecimento da opinião pública, patrocinada por entidade médica ou Saúde Pública.

O fato comunicado pelo Professor Eduardo de Almeida Rego Filho, não se constitui em novidade, no Estado. Embora se possa argumentar certa inocuidade do ato, freqüentemente, ao constatar hipertensão arterial, as pessoas que exercem tal prática, podem indicar medicação (exercício ilegal da medicina), indicar médicos para o atendimento (aliciamento de clientela) ou não estarem preparados tecnicamente para medí-la (incompetência).

Cumpre esclarecer que lamentavelmente, nem acadêmicos de medicina ou de enfermagem, por força da lei, estão sob jurisdição do Conselho Regional de Medicina do Paraná. Cabe porém, nesta circunstância, como sempre tem feito este CRM, dar conhecimento do fato ao Conselho Regional de Enfermagem do Estado do Paraná, ao Serviço de Vigilância Sanitária da Saúde Pública do Estado do Paraná, ao Diretório Acadêmico de Medicina e ao Diretório Acadêmico de Enfermagem, para coibir exercício ilegal da Medicina.

Hélio Germiniani
Conselheiro

Parecer aprovado em 04/02/85

Consulta

Há caracterização de infração ética no uso de medicamentos "AMOSTRA GRÁTIS" nos pacientes internados pelo atual sistema adotado pelo INAMPS (SAMHPS/AIH)?

O Conselheiro José Antonio Maingue, transmite a este CRM consulta formulada por Diretoria de Hospital de Curitiba que indaga quanto a eticidade do uso de medicamentos "amostra grátis" nos pacientes internados pelo atual sistema adotado pelo INAMPS, (SAMPHS/AIH).

Sob a ótica da ética médica, efetivamente, o uso de medicamentos "amostra grátis", nos pacientes internados pelo INPS, nos parece não compor com os preceitos basilares que devem orientar o exercício da medicina. Isto porque, como se sabe, pelo atual sistema adotado pelo INAMPS, dito global, o pagamento pelos procedimentos médicos, são efetuados por inteiro, ou seja, não se perquirindo, em cada caso, eventuais complicações ou mesmo facilidades. Estipulou-se um "quantum" para diversos tipos de procedimentos, já se incluindo na previsão, os medicamentos necessários, que serão reembolsados, quer sejam usados ou não.

Neste diapasão, resta evidenciado que, se o hospital, recebe da previdência, o valor correspondente ao procedimento total, incluindo medicamentos, substituí-los por "amostra grátis", seria locupletação indevida. Vale dizer, receber pelo que não foi realmente usado.

Conveniente lembrar-se outrossim, que na hipótese, não importa que, muitas vezes, a Previdência, dentro do sistema que adota, venha a pagar ao hospital, por medicamentos que não foram aplicados por desnecessários, mesmo porque, tal situação, seria uma decorrência normal dentro do plano SAMPHS/AIH. Por outro lado, caracterizar-se-ia procedimento incompatível, a substituição dos medicamentos por amostra grátis, que estariam sendo então comercializadas, advindo ao hospital, recebimento duplo, posto que se pouparia o valor dos remédios que deveriam estar sendo usados.

Destarte, a substituição importaria em ofensa ao artigo 61 do Código Brasileiro de Deontologia Médica, desde que se estaria recebendo por serviço profissional não prestado, sendo lógico no caso de entender, que a prescrição e uso de medicamentos, são atos inerentes e complementares ao exercício da medicina.

É o nosso parecer.

Curitiba, 12/11/84

Dr. Antônio Celso C. de Albuquerque
Assessor Jurídico

Aprovado em Sessão Plenária.

AMOSTRA GRÁTIS
Você comercializa?

RESOLUÇÃO Nº 010/84

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ no uso de suas atribuições e,

Considerando que os remédios entregues aos médicos como amostras grátis, não podem ter suas finalidades desvirtuadas,

RESOLVE:

1) É anti-ética a comercialização de medicamentos rotulados como "amostra-grátis," em qualquer situação.

Curitiba, 19 de dezembro de 1984.

Dr. Luiz Carlos Sobania
Presidente em Exercício

AMOSTRA GRÁTIS

"Entende-se como AMOSTRA GRÁTIS a mercadoria em quantidade estritamente necessária para dar a conhecer a natureza, espécie e qualidade da mercadoria, a título de distribuição gratuita. É proibida a comercialização de mercadorias recebidas entregues como Amostra Grátis."

Amostra Grátis Original

AMOSTRA GRÁTIS ORIGINAL é aquela retirada de um lote de mercadoria comercializável, ou seja, a mercadoria foi produzida/adquirida para fins de vendas.

A saída de Amostra Grátis Original deve ser tributada do ICM (Imposto de Circulação de Mercadoria) e do IPI (Imposto sobre Produtos Industrializados).

Amostra Grátis Comum

AMOSTRA GRÁTIS COMUM é aquela mercadoria produzida/adquirida com finalidade exclusiva de Amostra Grátis.

A saída de Amostra Grátis Comum é isenta de IPI, e de ICM.

A saída de Amostra Grátis Comum obedece as seguintes exigências legais:

(Art. 44 do Regulamento do IPI – Decreto 87.981/82)

Estão isentas:

. . .

IV. as amostras de produtos para distribuição gratuita, de diminuto ou nenhum valor comercial, assim considerados os fragmentos ou partes de qualquer mercadoria, em quantidade estritamente necessária a dar a conhecer sua natureza, espécie e qualidade, atendidas as seguintes condições:

a) indicação no produto e no seu envoltório da expressão "Amostra Grátis", em caracteres impressos com destaque;

b) quantidade não excedente de 20% (vinte por cento) do conteúdo ou do número de unidades da menor embalagem da apresentação comercial do mesmo produto, para venta ao consumidor;

c) distribuição exclusivamente a médicos, veterinários e dentistas, bem como a estabelecimentos hospitalares, quando se tratar de produtos da indústria farmacêutica,

(Instrução da Secretaria de Finanças nº 535/76 – Regulamento do ICM).

Estão isentas:

Amostras de diminuto ou nenhum valor comercial, gratuitamente distribuídas, desde que em quantidade estritamente necessária para dar conhecimento a natureza, espécie e qualidade da mercadoria.

PRINCÍPIO XII

O médico deve abster-se de atos que se caracterizam como mercantilização da Medicina, e combatê-los quando praticados por outrem.

VOCÊ DEVE PAGAR A DOIS CRM?

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.209/85

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 que o pagamento da anuidade deve dar ao médico a quitação de suas atribuições durante todo o exercício respectivo;

CONSIDERANDO a necessidade de uniformização de procedimentos nos casos de transferência de médicos de um Conselho Regional para outro;

CONSIDERANDO o estabelecimento da Resolução CFM Nº 1053/81 e na Circular CFM Nº 012/82.

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária do dia 09.02.85.

RESOLVE

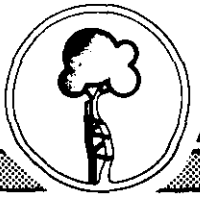
1. Nos casos de transferência, o médico quitará integralmente a anuidade no Conselho Regional de Medicina de origem.

2. O Conselho Regional para o qual o médico se transfere, não poderá cobrar a anuidade, já paga no Conselho de origem, mas apenas taxas (inscrição, carteira...).

Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 1985.

Gabriel Wolf Oselka
Presidente

Ana Maria Cantalice Lipke
Secretária - Geral



A QUEM CABE A COLOCAÇÃO DE TALA OU APARELHO GESSADO? VOCÊ MANDA SEU ENFERMEIRO COLOCAR SEM EXAMINAR O PACIENTE OU SUPERVISIONAR O ATO? NÃO É ESTA UMA FUNÇÃO MÉDICA?

PARECER

Designado Relator do presente Processo Consulta, adoto como Parecer manifestação aprovada em 1978, no Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, ao examinar assunto idêntico, nestes termos:

"A indicação de colocação de aparelhos gessados, talas gessadas, etc. é de exclusiva competência médica. Na confecção do aparelho gessado, talas, etc., entretanto pode o médico solicitar a participação de auxiliares não médicos desde que assuma a supervisão e responsabilidade pelo ato.

Quando da feitura de aparelhos gessados ou talas gessadas que se seguem a redução de fraturas, na maior parte das vezes, cabe ao médico a manutenção dos fragmentos ósseos na posição desejada, enquanto os auxiliares colocam o aparelho gessado. A manutenção da redução da fratura é de importância maior e exige maiores conhecimentos técnicos do que a colocação do gessado em si.

Em resumo, aparelhos gessados podem ser colocados e retirados por pessoal auxiliares não médicos qualificados desde que **por indicação, supervisão e responsabilidade do médico assistente**".

É o parecer, s.m.j.
Em 04.04.1985

Conselheiro Cláudio Franzen
Relator

Aprovado pelo CFM em plenário.

PARECER DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ SOBRE ÍNDICE DE VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

RESOLUÇÃO CRM-PR-02/83

1. Um sistema de assistência à saúde deve resultar na perfeita harmonização dos interesses das partes envolvidas: usuários, médicos e instituição prestadora de serviços.
2. A avaliação permanente do sistema estabelecido e eventuais correções devem ser realizadas a nível decisório entre as partes interessadas.
3. O sistema assistencial deve ser prioritariamente orientado pela hierarquização e competência e não pela disponibilidade econômica da instituição.
4. Uma qualificação é necessária, exigindo-se a definição de um padrão mínimo.
5. Os valores de remuneração médica devem ser adequados. Cabe a instituição do sistema de saúde o ônus de uma conveniente gerência de recursos.
6. A valorização do procedimento médico deve ser baseada na qualificação profissional.
7. Um índice de valorização profissional para a remuneração de seus procedimentos deve ser independente do índice de valorização hospitalar.
8. A remuneração do trabalho, baseada em classificação por índice de valorização profissional não é anti-ética em si, quando uma valorização mínima adequada é estabelecida pelas partes.

Sala de Sessões, 12 de dezembro de 1983

DR. DUILTON DE PAOLA
Presidente

NÃO DEIXE DE INFORMAR SEU PACIENTE E OBTER SEU CONSENTIMENTO. O ESQUECIMENTO PODERÁ LHE CUSTAR CARO.

NECRÓPSIA! QUEM AUTORIZA?

RESOLUÇÃO CFM 1081/82

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

CONSIDERANDO que deve caber ao paciente, ou,em certos casos, a seus parentes ou responsáveis, a inteira responsabilidade pelo consentimento de todo e qualquer ato de elucidação diagnóstica ou terapêutica;

CONSIDERANDO que o paciente deve ser informado do diagnóstico, prognóstico e tratamento de seu caso;

CONSIDERANDO que cabe ao médico estabelecer bom entendimento na relação médico-paciente, em todos os casos;

CONSIDERANDO que o médico deve sempre comunicar ao paciente o risco específico de todo e qualquer procedimento médico e cirúrgico;

CONSIDERANDO que, especialmente em hospitais de ensino, freqüentemente se torna indicado o procedimento de meios de diagnóstico *port mortem;*

CONSIDERANDO, o que consta do Processo CFM nº 121/78;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária realizada aos 12 dias do mês de fevereiro de 1982,

RESOLVE:

Art. 1º — O médico deve solicitar a seu paciente o consentimento para as provas necessárias ao diagnóstico e terapêutica a que este será submetido.

Art.2º — Quando o paciente não estiver em plenas condições para decidir, o consentimento ou autorização para necrópsia poderá ser dada por pessoa de sua família, ou seu responsável, em caso de paciente considerado incapaz.

Art. 3º — Nos hospitais, casas de saúde, maternidades e outros estabelecimentos de saúde que internem pacientes, poderá ser solicitada autorização para necrópsia, de preferência no ato do internamento.

Art. 4º — A obtenção de autorização para necrópsia jamais será condição para efetuar-se o atendimento ou o internamento do paciente.

Art.5º — Os estabelecimentos de saúde capacitados à realização de necrópsia através de seus serviços de patologia, deverão firmar acordos com os organismos oficiais, para que essa necrópsia seja realizada de modo condizente com a legislação.

Rio de Janeiro, 12 de março de 1982

MURILLO BASTOS BELCHIOR
Presidente

JOSÉ LUIZ GUIMARÃES SANTOS
Secretário-Geral

SEMINÁRIO

A ÉTICA E A PESQUISA EM SERES HUMANOS

Considerando a importância de se estabelecer normas que venham a nortear, no Brasil, as pesquisas envolvendo seres humanos, a Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde realizou o Seminário em epígrafe, cujas recomendações a Secretaria de Ciência e Tecnologia pretende implementar.

Atenciosamente
Secretaria de Ciência e Tecnologia

RESOLUÇÕES DO SEMINÁRIO

1. Promover e estimular a discussão dos aspectos éticos da pesquisa Biomédica em diferentes formas da Sociedade para os quais deverá ser remetido material que subsidie o debate.

2. Rever a Portaria da DIMED que regulamenta a experimentação clínica de medicamentos, particularmente no que diz respeito ao "consentimento com conhecimento de causa" a ser dado pelos que vão ser submetidos aos ensaios terapêuticos.

3. Estabelecer estreita colaboração MS/CFM com vistas ao reforço da proposta de criação de Comitês de Ética, nas unidades federadas, bem como a divulgação de denúncias e propostas através dos meios de divulgação do CFM.

4. Criação de Comitê Nacional de Ética, na Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde com participação de outros Ministérios e com representação da Sociedade Civil, com atribuições de:

- definir e acompanhar a implementação da Política a ser seguida no país no campo da Pesquisa envolvendo seres humanos.
- estratégias e instrumentos para efetiva viabilização dessa Política.

5. Manifestar estranheza à chamada da CMS a documentos de natureza pseudo-científica produzidos por Comitê de Peritos da Organização, como é o caso do referente ao implante subcutâneo de contraceptivo à base de hormônios de absorção lenta (norplant), tal como publicado no boletim da CMS 63(3): 485-494 (1985).

6. Promover a discussão e divulgação dos efeitos adversos de medicamentos que estão sendo utilizados em seres humanos sem a devida experimentação, como ficou evidente, no presente "Seminário", durante a apresentação de trabalhos sobre contraceptivos hormonais.

CONCLUSÃO

Para o efetivo cumprimento das resoluções do Seminário foi escolhido o Ministério da Saúde, através de sua Secretaria de Ciência e da Tecnologia para exercer papel de coordenação e articulação inter-institucional.

Desencadeado o processo de descrição do tema, e ressalvados e reforçados os contactos inter-institucionais necessários, oportunamente a Secretaria de Ciência e Tecnologia convocará reunião com vistas à operacionalizar as resoluçõs deste "Seminário" e os desdobramentos que a ele se seguirem.

05 de fevereiro de 1986

INSTRUÇÕES PARA PREPARAR O SUMÁRIO DO PROTOCOLO

Um sumário de cada um dos itens seguintes deve ser anexado a cada proposta de investigação antes que esta seja avaliada pelo Comitê de Voluntários Humanos. O sumário deve conter um máximo de três páginas. Se um determinado ítem não for relevante à pesquisa, descreva as razões pelas quais voce cre que o item não se aplica.

1. Faça um breve resumo dos propósitos do estudo, incluindo os métodos e materiais a serem empregados.

2. Descreva a população de referência do estudo e o que será requerido dos participantes. (Quando a população consistir de grupos especiais, tais como prisioneiros, crianças e pacientes psiquiátricos ou outros grupos cuja capacidade de fornecer informação voluntária com conhecimento de causa é questionável, faz-se necessário fornecer uma justificativa para o emprego desse tipo de população).

3. Informar se a investigação exige o uso de documentos/papeletas (incluindo papeletas hospitalares, atestado de óbito ou nascimento, etc.), órgãos, tecidos (histologia ou outros), líquidos orgânicos (sangue ou soro, por exemplo), feto ou aborto.

Se a informação identificando os pacientes for obtida de documentação (tal como os prontuários) indique o tipo de informação a ser obtida, o propósito para o qual os dados serão usados, durante quanto tempo a informação será conservada e como a informação será eliminada no futuro.

4. Descreva e avalie riscos potenciais - físicos, psicológicos, sociais e outros

— e avalie a probabilidade e a seriedade de tais riscos.

a) Descreva os procedimentos para proteger indivíduos contra tais riscos (ou como os riscos serão minimizados) e avalie a eficácia de tais procedimentos.

b) Se os métodos a serem utilizados na investigação proposta criam riscos em potência, descreva outros métodos (se existentes) que forem considerados durante o desenho do protocolo e porque estes não serão usados.

5. Avalie os benefícios em potencial a serem obtidos pelo indivíduo participantes da pesquisa, assim como os benefícios a serem obtidos pela sociedade em geral, como resultado da pesquisa proposta. Indique porque você acredita que os benefícios serão maiores do que os riscos.

6. Descreva os procedimentos de "consentimento" a serem usados, indicando como e onde o "consentimento informado" (consentimento com conhecimento de causa) será obtido. Quando há riscos em potencial para o indivíduo ou quando a sua privacidade pode ser lesada, o investigador deverá obter um consentimento informado **assinado** pelo participante. No caso de crianças ou pacientes psiquiátricos, o consentimento informado assinado pode ser obtido do pai/mãe ou guardião legal do indivíduo. As informações sobre o estudo deverão ser claramente transmitidas às crianças participantes, a fim de que estas forneçam seu consentimento. **Anexe uma cópia da descrição do estudo a ser lida aos participantes e/ou do consentimento com conhecimento de causa.**

a) Se o consentimento com conhecimento de causa não for obtido, explique porque este requisito deve ser omitido e forneça uma descrição e justificativa para o procedimento a ser seguido.

b) Se a informação básica não for transmitida aos participantes, explique este tipo de ação.

c) Participantes deverão obter informação dos investigadores sobre a disponibilidade (ou não disponibilidade) de tratamento ou compensação monetária a ser fornecida como resultado de enfermidades ou lesões decorrentes da sua participação no estudo.

7. Descreva os instrumentos pelos quais será assegurado o caracter confidencial e/ou medidas para proteger o anonimato dos participantes. (informe ao Comitê onde os dados serão mantidos e quais são os planos para destruir os dados identificando indivíduos, após o término do estudo).

8. Se o estudo incluir entrevistas, descreva onde e em que contexto a entrevista será realizada. (A duração aproximada da entrevista deverá ser mencionada no "consentimento informado" a ser lido pelo participante).

9. Se o questionário final não for anexado a esta, as seguintes informações deverão ser incluídas no Sumário da investigação:

a) Uma descrição das áreas a serem cobertas pelo questionário e que possam ser consideradas "delicadas" ou que venham a constituir uma invasão da privacidade do participante.

b) Exemplos de perguntas a serem endereçadas relacionados com os tópicos referidos.

c) Data em que o questionário será apresentado ao Comitê para avaliação.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Geral
Secretaria de Ciência e Tecnologia

Seminário: A ÉTICA E A PESQUISA BIOMÉDICA EM SERES HUMANOS

Proposta de Formulário Para o Comitê de Pesquisa em Voluntários Humanos

Investigador principal:_____
Co-investigador:_____
Departamento:_____
Universidade e/ou Instituição responsável:_____
Endereço:_____
Telefone:_____
Título do estudo:_____

O protocolo está sendo:
Avaliado pela primeira vez_____
Reavaliado_____

1. Natureza da população em estudo:
   a) Pacientes (enfermos)
      Sim____ Não____
   b) Indivíduos sadios
      Sim____ Não____
   c) Crianças
      Sim____ Não____
   d) Estudantes
      Sim____ Não____
   e) Prisioneiros
      Sim____ Não____
   f) Doentes mentais (incluindo restardados mentais)
      Sim____ Não____

2. Estudo incluirá os seguintes aspectos:
   a) Uso de papeletas médicas, certificados de óbito, certificados de nascimento, etc.
      Sim____ Não____
   b) Uso de material radioativo
      Sim____ Não____
   c) Uso de agentes infecciosos
      Sim____ Não____
   d) Uso de tecido fetal ou abôrto
      Sim____ Não____
   e) Uso de órgãos ou fluidos corpóreos (soro, sangue, etc.)
      Sim____ Não____

3. O estudo poderá levar às conseqüências assinaladas a seguir:
   a) Riscos físicos
      Sim____ Não____
   b) Riscos sociais
      Sim____ Não____
   c) Riscos psicológicos
      Sim____ Não____
   d) Desconforto nos indivíduos estudados
      Sim____ Não____
   e) Invasão da privacidade do indivíduo
      Sim____ Não____
   f) Liberação de informações potencialmente nociva ao indivíduo ou a terceiros
      Sim____ Não____

4. Os indivíduos incluídos na investigação serão claramente informados a respeito de
   a) Objetivos e natureza do estudo
      Sim ____ Não ____
   b) Métodos a serem usados, incluindo alternativas
      Sim ____ Não ____
   c) Riscos e reações colaterais
      Sim ____ Não ____
   d) Questões de natureza privada
      Sim ____ Não ____
   e) Possíveis benefícios
      Sim ____ Não ____
   f) Direito de recusar a participação no estudo ou interrompê-la a qualquer momento depois do estudo ter sido iniciado
      Sim ____ Não ____
   g) Tratamento confidencial dos dados
      Sim ____ Não ____
   h) Possível reembolso de despesas que os indivíduos possam vir a fazer, ligadas ao estudo (incluindo as despesas médicas e outras advindas de reações colaterais e/ou efeitos nocivos decorrentes do estudo).
      Sim ____ Não ____

5. Haverá um "consentimento informado" oral ou escrito?
   Especifique : Com assinatura_____ Oral_____
   Se Sim,
   a) Dos indivíduos:
      Sim ____ Não ____
   b) Dos pais ou responsáveis legais (Se os indivíduos são crianças ou doentes mentais)
      Sim ____ Não ____

6. Uma cópia do formulário para obter o consentimento será dado ao indivíduo ou ao seu responsável legal
   Sim ____ Não ____

7. Serão tomadas precauções para proteger o caráter confidencial dos dados o anonimato dos participantes.
   Sim_____ Não_____

8. O presente protocolo se inclue na categoria de isento de revisão ética.
   Sim_____ Não_____
   Se "sim" responda aos seguintes ítens a fim de evidenciar as razões pelas quais o estudo proposto estaria "isento" de revisão ética:
   a)_____ A pesquisa envolve apenas entrevistas ou procedimentos com base em questionários e os fatores seguintes não estarão todos presentes:
   _____Os indivíduos só poderão ser identificados direta ou indiretamente através de códigos conectados com o indivíduo;
   _____O indivíduo estará correndo algum risco;
   _____A pesquisa lida com aspectos delicados ligados ao comportamento do indivíduo;
   b)_____A pesquisa inclui somente revisão de dados existentes (papeletas ou outros documentos ou espécimens patológicos ou diagnósticos); adicionalmente, as fontes de informação são disponíveis ao público em geral (ex: atestados de óbito) ou a informação está arquivada de tal maneira que é impossível identificar o indivíduo direta ou indiretamente.

c)_____A pesquisa inclui somente observação de comportamento público e os seguintes fatores não estarão todos presentes:
_____Os indivíduos não podem ser identificados direta ou indiretamente através de códigos conectados com o indivíduo;
_____O indivíduo estará correndo algum risco;
_____A pesquisa lida com aspectos delicados ligados ao comportamento do indivíduo.

9. Verificar a existência dos seguintes documentos que devem ter sido anotados para avaliação crítica do Comitê de Voluntários Humanos:
_____Sumário do protocolo.
_____Descrição do protocolo a ser lida ou dada ao indivíduo participante de estudo.
_____Formulário para "consentimento informado" a ser assinado pelo indivíduo.
_____Formulário para que o pai/mãe ou tutor consinta que a criança participe do estudo.
_____Descrição dos procedimentos a serem adotados para manter o caráter confidencial.
_____ Aprovação do estudo pela instituição (instituições) financiadora da pesquisa.

Nós assumimos responsabilidade pelas respostas aos ítens acima e concordamos em tentar obter a aprovação do Comitê de Voluntários Humanos antes de fazer quaisquer modificações no protocolo de pesquisa envolvendo seres humanos.

Coordenador do Projeto

Chefe do Departamento

Data

COMISSÃO ESPECIAL PARA O ESTUDO E REGULAMENTAÇÃO DA PESQUISA BIOMÉDICA EM SERES HUMANOS NO BRASIL

SUGESTÕES E MEDIDAS DE IMPLEMENTAÇÃO

Com a finalidade de difundir as informações necessárias e assegurar a regulamentação relativa à pesquisa biomédica em seres humanos, sugere-se a tomada das seguintes providências:

1. Divulgação ampla da Declaração de Helsinque para médicos e estudantes de medicina, em particular os do último ano.
2. Estimular a realização de Seminários sobre a **Ética da experimentação em seres humanos** em instituições onde se realize a pesquisa biomédica. Para isso, sugere-se a interação dos Ministérios da Saúde, da Previdência e da Educação, e do Conselho Federal de Medicina.
3. Determinar ou sugerir a criação de Comissão Institucional de Revisão de trabalhos de pesquisa (Comissão de Ética Médica ou de Avaliação Ético-Científica), em instituições onde se realize pesquisa biomédica para exercerem as seguintes funções:
   a) assegurar que estão sendo respeitados e postos em prática, os princípios da ética médica;

b) certificar-se que as intervenções propostas, e/ou a ministração de drogas em experimentação, sejam suficientemente seguras para a aplicação em seres humanos.

A composição destas Comissões pode ser variável de local a local, mas deve incluir pessoas que possuam competência técnica, para melhor avaliar implicações éticas, e as consequências físicas e psicológicas da investigação, bem como, ter a participação de leigos, que representam a opinião da comunidade.

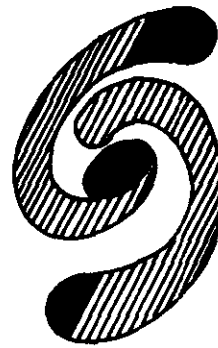
4. Além destas comissões descentralizadas, o Ministério da Saúde deve sugerir a instalação de uma Comissão de Revisão na Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, para a apreciação de projetos envolvendo medicamentos não registrados no país. Nestes casos, os projetos devem, obrigatoriamente, ser inscritos previamente e ficarão sujeitos à apreciação e acompanhamento por este órgão governamental.
5. Solicitar ao CNPq, FINEP e outras agências financiadoras de projetos de experimentação biomédica envolvendo seres humanos, para que só considerem pedidos de ajuda que tenham sido, nos seus locais de origem, apreciados por Comissão Institucional de Revisão de Pesquisa.
6. Comunicar-se com os Responsáveis por Revistas Científicas na área biomédica para que incluam, como exigência para publicação, ter sido feita revisão de aspectos éticos do trabalho proposto na Comissão de Revisão da instituição de origem, antes de sua realização. Este fato deve ser registrado no trabalho.
7. Deve haver plena interação do Ministério da Saúde com o Conselho Federal de Medicina, e das Secretarias de Saúde com os Conselhos Regionais de Medicina, para consulta e orientação nos casos de dúvida quanto a aspectos éticos de projetos de investigação.
8. Finalmente, sugere-se que o Ministério da Saúde juntamente com o Ministério da Educação, procure estimular uma revisão curricular ampla e imediata no que tange ao ensino da Ética Médica (5). Este ensino deverá ser mais integrado ao currículo de medicina, desde a fase pré-clínica à fase clínica do ensino graduado, e estender-se ao período pós-graduado.

NOTA: Para informações complementares do assunto vide "Arquivos nº 8, nº 9, nº 10, nº 11 e nº 13.

DOCENTES

"Quando docentes, em vez de levarem seus estudantes com mão segura ao caminho certo, se sentem atemorizados diante deles e se admiram com o desprezo que os alunos lhes devotam; quando os inexperientes ousam nivelar-se aos mais velhos e experientes, enfrentando-os com palavras e ações, enquanto os velhos se misturam à juventude no intuito de obter agrado fácil, ignorando ou mesmo participando dos seus delitos na intenção de assim parecerem nem caducos e nem autoritários; quando a juventude, desviada da rota apropriada, se sente reprimida, revoltando-se contra as obrigações mais comezinhas, já que ninguém lhe ensinou obedecer àqueles ditames sem os quais não há convivência social, impõe-se o máximo cuidado: a tirania bate às portas."

(Políbio, Platão, cerca de 400 anos a.C.)



"TERMO DE CONHECIMENTO DE RISCO".

PARA ENSAIOS TERAPÊUTICOS

A DIVISÃO NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MEDICAMENTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições,

CONSIDERANDO os riscos eventualmente envolvidos em novos procedimentos terapêuticos,

CONSIDERANDO os deveres éticos por parte do médico assistente e dos laboratórios produtores de novos medicamentos;

CONSIDERANDO que medicamentos importados para uso próprio não são submetidos a registro e/ou controle de qualidade pela Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos - DIMED;

1. Instituir de forma padronizada, o "TERMO DE CONHECIMENTO DE RISCO" (TCR), a ser utilizado em todos os ensaios com medicamentos não registrados na Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos - DIMED, ou com indicação(ões) ainda não aprovada(s) ou em produto(s) importado(s) de outros países e cuja documentação não foi ainda analisada pela DIMED.

2. Determinar o seguinte tanto mínimo a ser contido no "TCR" e que deverá ser lido e/ou informado ao paciente ou seu responsável:

"TERMO DE CONHECIMENTO DE RISCO"

Nome _____ Idade _____ Sexo _____

abaixo assinado, ou sob a responsabilidade de seu parente próximo, abaixo identificado, ou nos casos necessários, sob a responsabilidade do médico que assina este documento, declara ter lido ou ouvido o presente termo de responsabilidade que lhe informa estar ciente do seguinte:

a) Que vai ser submetido à administração de um produto ou a método terapêutico sobre o qual ainda não existe decisão ou recomendação do órgão competente do Governo Brasileiro;
b) Que não existe certeza de maior eficácia em relação a outros produtos já registrados pelo Ministério da Saúde, nem existe maior segurança quanto à menor incidência de efeitos colaterais, previsíveis ou impevisíveis;
c) Que, quando importado, para uso próprio o medicamento não está sujeito à verificação de controle de qualidade;
d) Que tem ciência do exposto acima, e que realmente deseja utilizar o produto ou método terapêutico recomendado pelo médico que subscreve este documento.
e) O médico que aplica esta medicação ou novo método é responsável pelo laboratório produtor e co-responsável pela medicação, estando a União isenta de responsabilidade por danos que possam ocorrer ao paciente decorrentes do uso do produto ou método terapêutico aplicado;
f) Na eventualidade de importação para uso próprio, o paciente ou seu responsável e seu médico assistente, assumem total e qualquer responsabilidade de todo e qualquer agravo à saúde física ou mental;
g) O médico se compromete a informar à Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, em Brasília, Distrito Federal, CEP 70058, a ocorrência de efeitos adversos ou tóxicos, se ocorrerem:

DATA, ____ /____/____

Produto ou método Terapêutico _____

Apresentação _____

Paciente ou Responsável _____

Assinatura

Nome do médico responsável pela pesquisa _____

assinatura do médico

3. Em se tratando de medicamento estrangeiro prescrito para uso individual, o informe, em caso de estudo clínico, convém ser previamente aprovado pela Comissão de Ética da Instituição onde trabalha o médico.

4. Determinar que o responsável pelo ensaio clínico ou médico que recomendou o medicamento originário de outro país, guarde em seu poder, por três anos, cada "Termo de Conhecimento de Risco" comunicado a seus pacientes.

5. Caberá a DIMED informar aos órgãos competentes dos Ministérios do Trabalho, Justiça, Indústria e Comércio, às Comissões de Éticas locais e aos Conselhos Federais de Medicina, Odontologia e de Farmácia, os casos de inobservância da presente Portaria, para as providências cabíveis.

6. Considerar a utilização do "Termo de Conhecimento de Risco", por profissionais e por indústrias como fator relevante nas ponderações para concessão de autorização de funcionamento de empresas, para importação de medicamentos ou drogas para pesquisa.

7. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

LUIZ GONÇALVES PAULO
Diretor

D.O. nº 235, de 14.12.81 - Seção I.
Nº 016 de 27 de novembro de 1981.

CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA

Artigo 31 - Empregar ou usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso no País, sem a devida autorização dos órgãos competentes, do consentimento do paciente ou de seu responsável, devidamente informado da situação e das possíveis conseqüências.

CONSULTA

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA
POLICLÍNICA PATO BRANCO

ESTABELECIMENTO DE HONORÁRIOS MÉDICOS RELAÇÃO ENTRE HONORÁRIOS DE CIRURGIÕES E ANESTESIOLOGISTAS TABELA DA AMB

O estabelecimento de honorários médicos vincula-se, particularmente à relação médico-paciente, desde que o trabalho médico deve beneficiar exclusivamente aquele que o presta e a quem é prestado. As variações cabíveis no estabelecimento dos honorários na clínica privada devem presumir:

a) a importância do serviço prestado;
b) a qualificação profissional do prestador e a sua diferenciação entre os seus pares;
c) a qualificação sócio-econômica do assistido; e
d) definições locais da classe médica quanto ao assunto.

Embora ausentes do atual Código de Deontologia, estas premissas já constituem definição desde o antigo código de Ética Médica que era pautado em preceitos internacionalmente estabelecidos.

Historicamente, a instituição da assistência médica cooperativa ou assistencial fez com que fossem impingidos à classe médica valores de remuneração pelos atos médicos pautados exclusivamente e de forma fictícia à importância do serviço prestado, nivelando todos os demais parâmetros. A A.M.B., no intuito de corrigir tais distorções, elaborou a sua própria tabela, para efeito de CONVÊNIOS MÉDICOS, parametrizando-a em função da importância dos serviços, e fixando a categoria sócio-econômica em termos de pacientes optantes por acomodações coletivas, ressalvando, porém, variáveis em seus preâmbulos (págs. 17 e 18) como serviços noturnos, tipos de acomodações optadas pelo paciente e as características de regionalização.

A acomodação optada, desde que espontaneamente, caracteriza por si a qualificação sócio-econômica do paciente desde que o optante por acomodações hospitalares exclusivas caracteriza-se como social e economicamente diferenciado.

Ora, ao excluir, espontaneamente, a acomodação parametrizada pela tabela da A.M.B., o paciente se exclui também dos valores ali estipulados como base. Diante disso, volta a se estabelecer a relação médico-paciente direta, sem intermediações ou interferências. A moral social e a forma de relação fazem por entender que esta constitui um contrato formal de trabalho. Para evitar quaisquer formas de dissabores ou desentendimentos, deve o médico formalizar o contrato, previamente a prestação do serviço, deixando clara e insofismável a importância a ser paga pelos serviços prestados, na forma de um **termo de ajuste prévio.** Este será

o documento que dirimirá quaisquer dúvidas. Na sua falta, ambas as partes da relação de trabalho estabelecidas usarão de argumentos que dispuserem para defender seus interesses, tornando uma pugna desnecessária e deselegante. Na sua falta, o conselho nacional em termos de honorários médicos é a tabela da A.M.B. com todos os seus limites, ressalvado o conteúdo de seus preâmbulos.

Isto posto, aponta-se também como lícito, em havendo o interesse de uma coletividade médica (dentro de uma unidade hospitalar em uma cidade ou na base territorial de um estado), que sejam definidos parâmetros regionalizados para o estabelecimento dos honorários daquela coletividade. Nada impede que o elemento base seja a própria tabela da A.M.B. e que múltiplos destas sejam estabelecidos para levar em conta as variações de qualificação sócio-econômica do paciente, qualificação dos profissionais, honorários especiais, etc. A bem da harmonia desta coletividade médica, a Comissão de Ética da Instituição em questão (ou a Assembléia do Corpo Clínico ou a Assembléia Regional de Médicos) pode definir os níveis de honorários dentro de uma conotação setorial.

Fora disso, a licitude estará pautada exclusivamente no bom senso do médico em seu relacionamento **direto** com o paciente, sem interferências.

Assim, em resposta específica aos quesitos de membros da Comissão de Ética da Policlínica Pato Branco, afirmamos:

a) O arbitramento de honorários é definido entre o médico e o seu paciente, independente da especialidade daquele, sem intermediações ou interferências, exceto quando houver deliberações da comissão de ética ou do Corpo Clínica, aceita pela coletividade ao qual o médico pertence, que estabeleça os critérios de honorários de maneira clara e indiscutível. Neste caso, o médico deve seguir o senso de sua coletividade.

b) - Se as normas internas do Corpo Clínico ou da Assembléia Regional dos médicos estabeleceu princípios para nortear cobrança de honorários, estes devem ser respeitados, caso contrário o arbitramento de honorários será de âmbito interno da relação médico-paciente, pautados na importância do serviço, na qualificação do profissional, na categoria sócio-econômica, etc.

c) - Já respondido.

Insisto, finalmente, que independentemente de relações diretas ou normatizações de honorários, o médico deve se precaver de discussões que envolvam argumentos de qualquer espécie, denegrindo a, já agredida categoria. A melhor precaução é o estabelecimento formal, através do termo de ajuste prévio, com o paciente ou seu responsável, o que será base, em qualquer nível de discussão, para o julgamento de direitos e deveres.

É o meu parecer.

Cons. Antonio Leite Oliva Filho

BOM MESMO É NÃO FUMAR.

PARANÁ.
UM ESTADO DE ALERTA
CONTRA O FUMO.

PROSCRIÇÃO DO FUMO

RESOLUÇÃO Nº 06/84

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ,

— Considerando as resoluções adotadas pela Organização Mundial de Saúde referentes ao hábito de fumo em relação a saúde;

— Considerando o comprovado efeito do fumo sobre a saúde em geral;

— Considerando o constante aumento da incidência do câncer bronco pulmonar;

— Considerando que o uso do fumo durante reuniões pode trazer prejuízo e mal estar extensivo aos não fumantes;

— Considerando a necessidade de respeito aos não fumantes; e

— Considerando que este hábito nas reuniões tem prejudicado seu andamento,

RESOLVE:

Não admitir o uso de fumo durante as reuniões da Diretoria, do Plenário e Comissões do Conselho Regional de Medicina.

Curitiba, 21 de Maio de 1984.

Dr. Duilton de Paola
Presidente

O QUE FAZER SE FOR RESIDIR NO EXTERIOR? IDA? VOLTA?

RESOLUÇÃO CFM Nº 1216/85

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 existência de muitos médicos que pretendem residir no exterior;

CONSIDERANDO que mesmo não exercendo suas atividades no Brasil, o médico residente no exterior está obrigado a efetuar o pagamento das anuidades;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 12 de julho de 1985.

RESOLVE:

1. O médico que for residir no exterior deverá requerer, ao Conselho Regional em que estiver inscrito, o cancelamento da sua inscrição, apresentando sua carteira à Secretaria do Conselho Regional para as devidas anotações.

2. Com a aprovação do pedido de cancelamento da inscrição, feito até o último dia do ano, fica o médico desobrigado do pagamento das anuidades que se fariam devidas nos exercícios seguintes.

3. Retornando o médico a residir no Brasil e querendo reassumir suas atividades profissionais, deverá comunicar este fato e requerer ao Conselho Regional de Medicina a re-inscrição para voltar a exercer a Medicina.

Rio de Janeiro, 12 de julho de 1985

GABRIEL WOLF OSELKA
Presidente

ANA MARIA CANTALICE LIPKE
Secretária-Geral

CONSULTA.

COMO PROCEDER PARA EXAMES MÉDICOS EM MEDICINA DO TRABALHO.

1 - A Norma Regulamentadora no. 07 (NR 7) do Ministério do Trabalho (MTb) prevê que os Exames Médicos nas Empresas (Pré-Admissionais, Periódicos e Demissionais) compostos de exame clínico, anamnese profisgráfica e exames complementares, sejam realizados às custas do Empregador. Os Trabalhadores autônomos poderão utilizar os serviços médicos de seus Sindicatos ou do INAMPS.

2 - Os exames médicos serão realizados:

a) pelo Médico do Trabalho da Empresa obrigada a manter Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT);

b) preferencialmente por Médico do Trabalho nas localidades onde houver;

c) por Médicos de outras especialidades nas localidades onde não houver Médicos do Trabalho.

3 - O Médico encarregado destes exames manterá um fichário sob sua responsabilidade e fornecerá um Atestato de Saúde Ocupacional que deverá ficar junto às fichas de registros do empregado no departamento de pessoal.

4 - A NR 7 nas Empresas desobrigadas do SESMT não prevê se o Médico do Trabalho atue isoladamente ou faça parte de uma Empresa de Assistência Médica. Exige, isto sim, que o Médico proceda aos exames com habilitação suficiente e máxima responsabilidade.

5 - Os Exames Médicos nas Empresas se revestem da mais elevada importância no que tange principalmente ao controle e eliminação do Acidente do Trabalho e das Doenças Profissionais. A Saúde Ocupacional ao lado da Saúde Pública, representam a Medicina Preventiva, que infelizmente no Brasil, não tem recebido a atenção que merece, pois a Medicina Assistencial é quem consome 99% dos custos em Saúde. Uma mudança na política de saúde valorizando mais a Medicina Preventiva é essencial, dando a todos os setores sociais da atualidade a responsabilidade por este desiderato. Portanto, todos os esforços em favor da Saúde Ocupacional são sumamente considerados de valia e cabe a todos os órgãos de representação médica e particularmente ao CRM um esforço maior neste sentido.

6 - Somos favoráveis que os Exames Médicos previstos na NR 7:

a) sejam realizados com máximo de consideração e responsabilidade, preferencialmente por Médicos do Trabalho devidamente registrados no Ministério do Trabalho e do CRM;

b) tenham honorários dignos e à altura da responsabilidade do profissional, e cuja tendência atual é adotar a Tabela de Honorários Médicos da A.M.B.

Parecer do Conselheiro Farid Sabbag
Aprovado em Plenário no dia 23.04.84.

SOCIEDADE MÉDICA DE ARAPONGAS
PERGUNTA

QUANDO REALIZAR EXAME MÉDICO ADMISSIONAL EM MEDICINA DO TRABALHO

"Serão obrigatórios os Exames médicos Admissional, periodicamente 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 operaçoes 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 inscriçao 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 organizaçao 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 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).

Parecer do Conselheiro Farid Sabbag
Aprovado em sessão plenária de 23.9.85.

PACIENTE ALCOOLIZADO

COMO PROCEDER

1. Como proceder diante de paciente que sob efeito de álcool ("5 doses de Vodka") recusa uma internação em situação de urgência (Ex.: observação clínica após trauma crânio-encefálico, trauma lombar grave e ferida corto-contusa de couro cabeludo com 20 cm de extensão) e solicita presença de advogado para assinar termo de responsabilidade pelo não internamento?
2. Internado a revelia com "termo de compromisso" hospitalar assinado por amigo, manifesta desejo de fuga?
3. O advogado comparece e insiste em levá-lo?

Se o paciente, de plena posse de suas faculdades mentais, recusa internamento, o médico deve, munindo-se das cautelas necessárias, no caso, documento assinado pelo doente, na presença de testemunhas, liberá-lo do atendimento. O profissional não pode se impor à vontade do paciente, se este se encontra apto a manifestar sua vontade.

Por outro lado, se o médico julgar o paciente incapaz de dispor sobre si, principalmente se sob o efeito de álcool, o profissional deve procurar o seu responsável e, não sendo isto possível, ministrar o procedimento que entender, desde que as circunstâncias, no caso, o obrigam ao socorro médico, principalmente se for medida de urgência.

Na hipótese da consulta, a simples presença de advogado, não autoriza a saída do hospital, de paciente incapaz de decidir por si, salvo aquele que pleiteia a alta, quer advogado ou não, possa comprovar a sua capacidade de representar ou se responsabilizar pelo doente.

Quanto a indagação contida no ítem 2º da consulta, para um pronunciamento mais abalizado, mister se faz o conhecimento dos termos do aludido "compromisso hospitalar"

É o nosso parecer.

Curitiba, 3 de junho de 1985

ANTONIO CELSO C. DE ALBUQUERQUE
Adv. Consultor Jurídico

SE VOCÊ TRABALHA EM OUTRA(S) CIDADE(S), CONHEÇA ESTAS NORMAS.

MÉDICO ITINERANTE OU VOLANTE

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, no uso de suas atribuições e atendendo ao estabelecido em sessão plenária,

CONSIDERANDO que há motivações sócio-econômicas que justificam o trabalho médico de forma volante ou itinerante;

CONSIDERANDO que há o risco de envolvimentos aéticos e ilegais por parte dos médicos que participam destas formas de trabalho;

CONSIDERANDO que a ação fiscalizadora do exercício ético da profissão médica compete ao Conselho Regional de Medicina: e

CONSIDERANDO, finalmente, a necessidade de uma atuação preventiva quanto ao comportamento ético da classe médica,

RESOLVE:

1. Definir como exercício volante da Medicina o desempenho eventual da atividade profissional médica em outra(s) cidade(s) que não aquela(s) onde o médico mantém o seu trabalho regular;

2. Definir como exercício itinerante da medicina o trabalho médico regular em mais de uma cidade;

3. Recomendar aos médicos que:

3.1 - Limitem a forma volante do exercício da Medicina às situações justificáveis ou quando, na cidade onde for praticá-la inexista outro médico atuando na especialidade;

3.2 - Notifiquem ao C.R.M. o exercício das formas volante e itinerante da Medicina incluindo na notificação:

3.2.1 - Local e Horário da(s) atividade(s);

3.2.2 - Instituição promotora, se for o caso;

3.2.3 - Sistema de divulgação do seu trabalho (cartazes,proclamas,etc.);

3.2.4 - Tabela de honorários a ser aplicada.

3.3 - Não exerçam tal atividade quando haja no mesmo ambiente o comércio concomitante de produtos terapêuticos, farmacêuticos, cosméticos ou óticos;

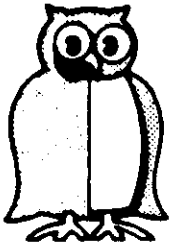
3.4 - Não pratiquem o comércio de produtos farmacêuticos, cosméticos ou óticos;

3.5 - Não exerçam a atividade itinerante ou volante em local não licenciado pelos órgãos sanitários competentes.

Sala das Sessões, 03 de junho de 1985.

DR. LUIZ CARLOS SOBANIA
Presidente em Exercício

DR. RICARDO AKEL
1º Secretário



PESQUISAS MÉDICAS

RECOMENDAÇÕES DO CFM

RESOLUÇÃO CFM Nº 671/75

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

atendendo ao que ficou decidido na sessão plenária realizada no dia 18 de julho de 1975, e

CONSIDERANDO a necessidade de estabelecer normas de orientação a serem seguidas pela classe médica referentes à pesquisa clínica;

CONSIDERANDO a necessidade de definir a pesquisa clínica combinada com o cuidado profissional;

CONSIDERANDO a necessidade de definir a pesquisa clínica de fins não terapêuticos;

CONSIDERANDO que deve ser dada a maior importância ao direito de alguém em concordar ou recusar a participação em qualquer pesquisa;

CONSIDERANDO que deva haver uma perfeita compreensão das conseqüências da participação nessa pesquisa;

CONSIDERANDO que deve haver uma perfeita comunicação e um entendimento entre o pesquisador e o alvo da pesquisa;

CONSIDERANDO que o legítimo interesse do pesquisador não deve, de forma alguma, pôr em perigo a vida do indivíduo submetido à pesquisa;

RESOLVE:

1 – Considerar a "Declaração de Helsinque", adotada pela Associação Médica Mundial, anexa a esta Resolução, como guia a ser seguido pela classe médica em matéria referente à pesquisa clínica.

2 – Considerar que os medicamentos sob pesquisa clínica só devem ser usados quando:

a – A participação consciente e consentida do doente ou seu representante tenha sido expressamente obtida;

b – O médico esteja certo do seu diagnóstico e de preferência haja consultado um colega;

c – Os métodos existentes para o tratamento do caso não tenham dado resultado satisfatório.

3 – A pesquisa clínica só deve ser realizada com medicamentos cuja fonte seja de comprovada confiança e reputação, levando em consideração informações referentes a:

a – experimentação animal
b – pesquisas clínicas já realizadas
c – doses recomendadas
d – contra-indicações
e – possíveis efeitos colaterais
f – segurança e utilidade do medicamento em face dos dados existentes

Rio de Janeiro, 18 de julho de 1975

MURILLO BASTOS BELCHIOR
Presidente

JOSÉ LUIZ GUIMARÃES SANTOS
Secretário-Geral

(Publicada no D.O.U. de 01.09.75 – Seção I – Parte II)

Os grifos são da redação.

DECLARAÇÃO DE HELSINQUE

Recomendações destinadas a orientar os médicos nos trabalhos de pesquisa biomédica em seres humanos.

Adotada pela 18ª Assembléia Mundial, realizada em Helsinque (Finlândia), em 1964, e revista pela 29ª Assembléia Médica Mundial, realizada em Tóquio (Japão), em 1975.

Introdução

A missão do médico é proteger a saúde do homem. Seus conhecimentos e sua consciência são devotados ao cumprimento desta missão.

A Declaração de Genebra, da Associação Médica Mundial, obriga moralmente o médico com as palavras: "A saúde do meu paciente será minha principal preocupação", e o Código Internacional de Ética Médica declara que: "Qualquer ato ou conselho que possa vir a reduzir a resistência física ou mental de um ser humano só poderá ser usado em seu benefício".

A pesquisa médica em seres humanos deve ter por finalidade aperfeiçoar o diagnóstico, os procedimentos terapêuticos e profiláticos e a compreensão da etiologia e da patogenia da doença.

Na prática médica atual, a maioria dos métodos diagnósticos, terapêuticos e profiláticos implica riscos. Isto se aplica a fortiori às pesquisas biomédicas.

O progresso médico tem por base a pesquisa, que, em última análise, deve alicerçar-se, em parte, nas experiências em seres humanos.

No campo da pesquisa biomédica, deve-se fazer uma distinção fundamental entre a pesquisa médica, na qual o objetivo é beneficiar diretamente o paciente, com finalidade diagnóstica ou terapêutica, e aquela cujo objetivo essencial é puramente científico, sem valor diagnóstico ou terapêutico direto para o paciente.

Devem ser adotadas precauções especiais na realização de pesquisas que possam afetar o meio ambiente. Além disso, os animais utilizados nas pesquisas não devem ser submetidos a sofrimentos desnecessários.

Considerando ser essencial que os resultados de experiências de laboratório possam ser aplicados aos seres humanos, para o progresso dos conhecimentos científicos e alívio dos sofrimentos da humanidade, a Associação Médica Mundial elaborou as seguintes recomendações, como um guia para todos os médicos que participem de pesquisas biomédicas em seres humanos. Estas recomendações serão regularmente revistas no futuro. Vale acentuar que as normas aqui delineadas são apenas um guia para os médicos de todo o mundo. Nada exime os médicos de sua responsabilidade penal, civil e ética perante as leis de seus próprios países.

I. PRINCÍPIOS BÁSICOS

1. A pesquisa biomédica em seres humanos deve conformar-se aos princípios científicos geralmente aceitos e basear-se em experiências prévias, de laboratório e em animais, realizadas de maneira adequada, bem como no conhecimento profundo da literatura científica.

2. O projeto e a execução de cada fase da experimentação em seres humanos devem ser claramente formulados num protocolo de experiência, a ser encaminhado a uma comissão independente, para efeito de apreciação, comentário e orientação, especialmente nomeada com esse fim.

3. A pesquisa biomédica em seres humanos deve ser realizada somente por pessoas que possuam a devida qualificação científica e sob a supervisão de um médico com a necessária competência clínica. A responsabilidade pelo ser humano submetido à pesquisa deve sempre recair em pessoa com qualificação médica e nunca no próprio sujeito da pesquisa, mesmo que este tenha dado o seu consentimento para a realização da experiência.

4. A pesquisa biomédica em seres humanos só poderá ser realizada com legitimidade quando a importância do objetivo for proporcional ao risco acarretado para o indivíduo.

5. Todo projeto de pesquisa biomédica em seres humanos deve ser precedido de cuidadosa avaliação dos riscos e das vantagens previsíveis, tanto para a pessoa sujeita à experiência quanto para as outras. Os interesses da pessoa devem sempre prevalecer sobre os interesses da ciência e da sociedade.

6. Deve sempre ser respeitado o direito do indivíduo de salvaguardar sua própria integridade pessoal. Todos os cuidados devem ser tomados para resguardar sua privacidade e reduzir ao mínimo o impacto da pesquisa sobre sua integridade física e mental, bem como sobre sua personalidade.

7. Os médicos devem abster-se de realizar projetos de pesquisas em seres humanos, a menos que estejam seguros de que os riscos implícitos sejam previsíveis. Os médicos devem interromper qualquer experiência, caso os riscos superem os benefícios potenciais.

8. Ao publicar as conclusões das pesquisas, o médico tem a obrigação de ser fiel aos seus resultados. Não devem ser aceitos para publicação relatórios de experiências que estejam em desacordo com os princípios estabelecidos na presente Declaração.

9. Em quaisquer pesquisas em seres humanos, os eventuais pacientes devem ser informados adequadamente sobre os objetivos, métodos, benefícios esperados, riscos potenciais e inconvenientes que as mesmas possam ocasionar. Eles devem ser informados de que têm plena liberdade de se absterem de participar e de cancelar seu consentimento de participação a qualquer momento. O médico deve, portanto, obter o prévio consentimento consciente do paciente, dado livremente, de preferência por escrito.

10. Ao obter o consentimento consciente para o projeto de pesquisa, o médico deve ser particularmente cauteloso, quando a pessoa se encontrar numa relação de dependência para com ele, ou passível de consentir sob coerção. Nesse caso, o consentimento consciente deve ser obtido por um médico que não esteja envolvido na pesquisa e que seja completamente independente daquele relacionamento.

11. Havendo incapacidade legal, o consentimento consciente deve ser obtido do tutor legal, segundo a legislação nacional. Nos casos em que a existência de incapacidade física ou mental tornar impossível a obtenção do consentimento consciente, ou quando se tratar de menor, a permissão de um parente responsável substitui a do próprio indivíduo, de conformidade com a legislação nacional.

12. O protocolo de pesquisa deve sempre conter uma declaração sobre as considerações éticas implicadas e, ainda, mencionar que foram obedecidos os princípios enunciados na presente Declaração.

II. PESQUISA MÉDICA COMBINADA COM CUIDADOS PROFISSIONAIS
(Pesquisa clínica)

1. No tratamento do paciente, o médico deve ter liberdade para utilizar novos métodos diagnósticos e terapêuticos se, em sua opinião, oferecem esperanças de salvar a vida, restabelecer a saúde ou minorar o sofrimento.

2. Os benefícios, riscos e inconvenientes potenciais de um novo método devem ser avaliados em confronto com as vantagens proporcionadas pelos melhores métodos diagnósticos e terapêuticos correntes.

3. Em qualquer estudo médico, a cada paciente, inclusive àqueles pertencentes a um grupo-controle, caso este exista, devem ser assegurados os melhores métodos diagnósticos e terapêuticos disponíveis.

4. A recusa do paciente em participar de um estudo jamais deve interferir no relacionamento médico-paciente.

5. Caso o médico considere essencial não obter o consentimento consciente, as razões específicas para tal atitude devem ser declaradas no protocolo da experiência, para comunicação à comissão independente (1, 2).

6. O médico pode combinar pesquisa com cuidados profissionais, objetivando à obtenção de novos conhecimentos médicos, desde que a pesquisa seja justificada pelo seu valor diagnóstico ou terapêutico potencial para o paciente.

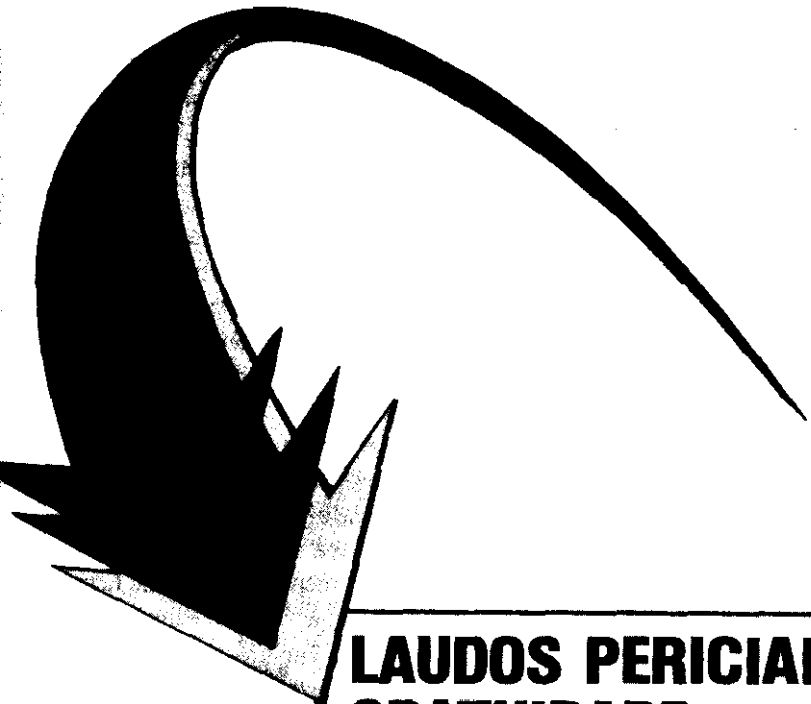
III. PESQUISA BIOMÉDICA NÃO-TERAPÊUTICA EM SERES HUMANOS
(Pesquisa biomédica não-clínica)

1. Na aplicação puramente científica da pesquisa médica realizada em ser humano, é dever do médico permanecer como o protetor da vida e da saúde daquela pessoa na qual se realiza a pesquisa biomédica.

2. Os indivíduos devem ser voluntários, sadios, ou doentes, desde que, no último caso, a doença não se relacione com o projeto experimental.

3. O pesquisador, ou a equipe de pesquisa, deve interromper a pesquisa quando, a seu juízo, a continuação da mesma possa prejudicar o indivíduo.

4. Nas pesquisas em seres humanos, o interesse da ciência e da sociedade jamais deve ter procedência sobre as considerações relacionadas com o bem-estar do indivíduo.



LAUDOS PERICIAIS GRATUIDADE

O médico José Odair Saloio, formula consulta quanto a obrigatoriedade da realização de laudos periciais gratuitamente para a Secretaria de Segurança Pública.

Preliminarmente, cumpre analisar a obrigatoriedade do profissional médico, em aceitar a designação para desempenhar cargo de perito, quando designado por autoridade. E neste particular, a questão se define, face ao prescrito pelo artigo 277 do Código de Processo Penal, que dispõe:

> "O PERITO NOMEADO PELA AUTORIDADE SERÁ OBRIGADO A ACEITAR O ENCARGO, SOB PENA DE MULTA DE Cr$ 100,00 A Cr$ 500,00, SALVO RECUSA ATENDÍVEL".

Resta evidenciado portanto, de conformidade com o dispositivo citado, que o médico, designado perito, não pode, salvo tenha justificativa aceitável, esquivar-se da nomeação, sendo certo todavia, não lhe ser admitido, ao próprio critério, recursar o encargo.

E isto porque se considera um dever para o cidadão, contribuir com a sua colaboração, quando requerida, para o esclarecimento de todas as circunstâncias que cercam uma infração penal, assim concorrendo a fim de realizar o Estado a sua obra de defesa social.

Todavia, convém frisar que a nomeação de médico, como perito, apenas se entende como viável, desde que não se possa designar perito oficial, a quem compete cumprir o encargo.

Por outro lado, resta ainda a indagação quanto a remuneração pelos serviços de perícia. Ora, embora se entenda que todo cidadão tem obrigação de contribuir com a justiça, há que se levar em consideração o direito inalienável de cada um, de perceber retribuição pelos serviços prestados. Não seria lógico portanto, que um médico fosse sistematicamente compelido à realização de perícias, sem qualquer expectativa de contraprestação a título de honorários profissionais. E ademais, não poderia o médico se diversificar do advogado, quanto a este aspecto. Sim, porque no processo penal, o acusado, quando não tenha defensor, lhe será nomeado pelo Juiz. E não sendo o réu comprovadamente pobre, responderá pelos honorários devidos. Também no que concerne às perícias médicas, justo é adotar-se o mesmo critério, devendo, nesta hipótese, o profissional, após cumprido o encargo de perito, apresentar seus honorários. Na hipótese, se aplicaria ainda, a lei no. 1060/50, que dispõe sobre a Assistência Judiciária aos necessitados.

Todavia, é inegável que, sendo impossível o recebimento dos honorários, não pode, por este motivo, o médico recusar-se a prestar sua colaboração, desde que tal obrigação é de ser considerada um "munus público", ou seja, um dever para o Estado, no auxílio à aplicação da justiça.

Portanto, a gratuidade no exame pericial, realizado por perito não oficial, não deve ser encarada como regra comum, mas excepcional, devendo sempre que possível, o médico requerer que a parte arque com este ônus.

De todo modo, está obrigado a aceitar o encargo de perito, na forma preceituada pela lei, não podendo recusar-se, salvo alegue motivo justificável, que jamais poderá ser, com certeza, a provável gratuidade.

É o nosso parecer.

Curitiba, 15 de julho de 1985.

Adv. Antonio Celso C. de Albuquerque
Assessor Jurídico

PARECER DO CFM

"TERMO DE CONHECIMENTO DE RISCO" X COMPROMISSO DE CONFIDENCIALIDADE

I
CONSULTA

1. O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA encaminha consulta da Diretoria da Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos - DIMED -, do Ministério da Saúde, indagando-nos da possibilidade do pesquisador invocar o "compromisso de confidencialidade" com voluntários que participam de pesquisas biomédicas acerca do anticoncepcional hormonal NORPLANT, em fase experimental.

2. Indaga, ainda, o Conselho Federal de Medicina acerca de sua competência e da DIMED para requisitar informações sobre as sobreditas pesquisas e os elementos ou fatores que as informam.

II
PARECER

3. As pesquisas com drogas ou medicamentos experimentais estão rigidamente reguladas pelas normas sanitárias e, especialmente, no que tange ao médico, nos artigos 30 e 31, do Código Brasileiro de Deontologia Médica que impõe o dever de obter a devida autorização junto às autoridades competentes, bem como o indispensável acompanhamento por Comissão de Ética.

4. Essa autorização decorre, inclusive, do poder de polícia que tem a DIMED para liberar as drogas e medicamentos destinados à comercialização em território brasileiro.

5. Em consequência, essa autorização da DIMED ou o acompanhamento dos trabalhos por Comissão de Ética Médica implica, necessariamente, o acesso às informações atinentes às pesquisas e, também, aos "dados", "elementos" ou "fatores" considerados na preparação e realização dessas pesquisas.

No caso, trata-se de anticoncepcional em fase experimental que depende da autorização e acompanhamento da DIMED e, assim, é evidente que o sobredito órgão do Ministério da Saúde tem amplo acesso a toda e qualquer informação concernente à pesquisa, especialmente no que respeita às pessoas submetidas àquela droga.

6. Essa fiscalização tem como "móvel" o interesse público, o bem estar e a saúde da população brasileira, mas, também, no caso da pesquisa, a tutela daquelas mulheres que estão submetidas ao tratamento a fim de perquirir se assim fazem espontaneamente ou para protegê-las, como acentuou o ilustre Conselheiro, Dr. Nelcivone Soares de Mello, "das possíveis ações deletérias" da pesquisa em questão.

7. Dessarte, é inerente o acesso das autoridades competentes a todas as fases e elementos das pesquisas e, por conseguinte, não pode o pesquisador ou a entidade pesquisador ou a entidade pesquisadora opor o sigilo ou o chamado "compromisso de confidencialidade"para negar as informações requisitadas.

Isto é, esse sigilo ou o "compromisso de confidencialidade" não beneficia o paciente. Demais disso, nem se coloca esse problema porque está ínsita na pesquisa das drogas experimentais o acesso a todos os dados inerentes à pesquisa.

Logo, não há divulgação. Tão só, o encaminhamento de informações que se prestem, exclusivamente, à fiscalização das normas sanitárias.

8. Dessa forma, a requisição das mencionadas informações podem ser feitas tanto pela DIMED, quando se trata da fiscalização dos efeitos do medicamento ou droga experimental, quanto pelo Conselho Federal de Medicina ou Conselho Regional de Medicina, no que tange à fiscalização da profissão do médico e aplicação do Código Brasileiro de Deontologia Médica que disciplina a pesquisa "in anima nobili".

Em suma:

a) a falta de atendimento das requisições da DIMED pode caracterizar o crime de desobediência a ordem legal de funcionário público e,

b) a falta de atendimento das requisições do CFM e do CRM pode caracterizar idêntico crime como, também, ilícito anti-ético.

É o parecer, s.m.j.

Rio de Janeiro

Antonio Carlos Mendes
Assessor Jurídico

Cecília S. Marcelino
Assessora Jurídica

CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA

Artigo 24 - Efetuar, salvo diante de urgência ou emergência, qualquer ato médico sem o consentimento prévio do paciente ou seu responsável.

CONSULTA.

COMO REALIZAR PERÍCIA EM MEDICINA DO TRABALHO.

1 - As perícias em Segurança e Medicina do Trabalho são realizadas por Médicos do Trabalho e Engenheiros de Segurança devidamente registrados no Ministério do Trabalho para este fim.

2 - O Ministério do Trabalho encaminha seguidamente à Justiça do Trabalho a relação de Médicos do Trabalho e de Engenheiros de Segurança devidamente registrados.

3 - O Ministério do Trabalho mantém em seus quadros funcionais Médicos do Trabalho e Engenheiros de Segurança com carga horária de 8 a 6 horas respectivamente, com a função primordial de fiscalização no cumprimento da legislação de Segurança e Medicina do Trabalho nas Empresas, cabendo ainda a estes profissionais auxiliar a Justiça do Trabalho como Peritos, principalmente quando as partes alegarem e comprovarem falta de condições para remunerar as custas da perícia. Aos médicos do Trabalho e Engenheiros de Segurança contratados pelo Ministério do Trabalho é vedada a cobrança de honorários para a realização das perícias.

4 - Da relação de Médicos do Trabalho e Engenheiros de Segurança devidamente registrados no MTb e encaminhada à Justiça do Trabalho poderão os juízes do Trabalho escolher livremente os peritos que melhor lhes aprouver. No caso dos Médicos do Trabalho, estes quando escolhidos como peritos pela Justiça do Trabalho, estarão sujeitos ao previsto no Capítulo X do Código de Ética Médica nos seus artigos 82 e § único, 83, e 84.

5 - Quanto o valor dos honorários que deverão ser arbitrados pelo Juiz do Trabalho nestas perícias, para o Médico do Trabalho, deverá estar em consonância com o previsto no art. 67º, alíneas a, b, c, e do Capítulo VII do C.E.M., e cuja tendência atual é de adotar a T.H.M. da A.M.B.

Parecer do Conselheiro Farid Sabbag

aprovado em plenário de 23.04.84.

TRANSPLANTE

DEVEMOS ATUALIZAR A LEI DOS TRANSPLANTES? ESTA É A EM VIGOR. INSUFICIENTE?

LEI Nº 5.479
DE 10 de AGOSTO DE 1968

Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica e dá outras providências.

Art. 1º — A disposição gratuita de uma ou várias partes do corpo, "post mortem", para fins terapêuticos é permitida na forma desta Lei.

Art. 2º — A retirada para os fins a que se refere o artigo anterior deverá ser precedida da prova incontestável da morte.

Art. 3º — A permissão para o aproveitamento, referida no artigo 1º, efetivar-se-á mediante a satisfação de uma das seguintes condições:

I — por manifestação expressa da vontade do disponente;

II — pela manifestação da vontade, através de instrumento público, quando se tratar de disponentes relativamente incapazes e de analfabetos;

III — pela autorização escrita do cônjuge, não separado, e sucessivamente, de descendentes, ascendentes e colaterais, ou das corporações religiosas ou civis responsáveis pelo destino dos despojos;

IV — na falta de responsável pelo cadáver a retirada somente poderá ser feita com a autorização do Diretor da instituição onde ocorreu o óbito, sendo ainda necessária esta autorização nas condições dos itens anteriores.

Art. 4º — A retirada e o transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver, somente poderão ser realizados por médicos de capacidade técnica comprovada, em instituições públicas ou particulares, reconhecidamente idôneas e autorizadas pelos órgãos públicos competentes.

Parágrafo único — O transplante somente será realizado se o paciente não tiver possibilidade alguma de melhorar através de tratamento médico ou outra ação cirúrgica.

Art. 5º — Os Diretores de Institutos Universitários e dos Hospitais devem comunicar ao Diretor da Saúde Pública quais as pessoas que fizeram disposições para "post mortem", de seus tecidos ou órgãos, com destino a transplante e o nome das instituições ou pessoas contempladas.

Art. 6º — Feita a retirada, o cadáver será condignamente recomposto e entregue aos responsáveis para o sepultamento.

Parágrafo único — A infração ao disposto neste artigo será punida com a pena prevista no artigo 211 do Código Penal.

Art. 7º — Não havendo compatibilidade, a destinação a determinada pessoa poderá, a critério do médico chefe da Instituição, e mediante prévia disposição ou autorização de quem de direito ser transferida para outro receptor, em que se verifique aquela condição.

Art. 8º — Os Diretores das instituições hospitalares ou institutos universitários onde se realizem as retiradas de órgãos ou tecidos de cadáver com finalidade terapêutica remeterão ao fim de cada ano, ao Departamento Nacional de Saúde Pública, os relató-

rios dos atos cirúrgicos relativos a essas retiradas, bem como os resultados dessas operações.

Art. 9º – A retirada de partes do cadáver, sujeito por força de lei à necrópsia ou à verificação diagnóstica, "causa mortis" deverá ser autorizada pelo médico-legista e citada no relatório da necrópsia ou da verificação diagnóstica.

Art. 10º – É permitido à pessoa maior e capaz dispor de órgãos e partes do próprio corpo vivo, para fins humanitários e terapêuticos.

§ 1º – A autorização do disponente deverá especificar o tecido, ou órgão ou a parte objeto da retirada.

§ 2º – Só é possível a retirada, a que se refere este artigo, quando se tratar de órgãos duplos ou tecidos, vísceras ou partes e desde que não impliquem em prejuízo ou mutilação grave para o disponente e corresponda a uma necessidade terapêutica, comprovadamente indispensável, para o paciente receptor.

Art. 11º – A infração ao disposto nos artigos 2º, 3º, 4º e 5º desta Lei será punido com a pena de detenção de um a três anos, sem prejuízo de outras sanções que no caso couberem.

Art. 12º – As intervenções disciplinadas por esta Lei não serão efetivadas se houver suspeita de ser o disponente vítima de crime.

Art. 13º – As despesas com as retiradas e transplantes serão disciplinadas na forma determinada pela regulamentação desta Lei.

Art. 14º – O Departamento Nacional de Saúde Pública será o órgão fiscalizador de execução desta Lei.

Art. 15º – O Poder Executivo regulamentará o disposto nesta Lei no prazo de 60 (sessenta) dias, a partir da data de sua publicação.

Art. 16º – Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas a Lei nº 4.280, de 6 de novembro de 1963, e demais disposições em contrário.

Brasília, 10 de agosto de 1968; 147º da Independência e 80º da República. A, COSTA E SILVA, Luiz Antonio da Gama e Silva, Leonel Miranda.

VIVESSECÇÃO

LEI Nº 6.638
DE 8 DE MAIO DE 1979

ESTABELECE NORMAS PARA A PRÁTICA DIDÁTICO-CIENTÍFICA DA VIVESSECÇÃO DE ANIMAIS E DETERMINA OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O Presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º – Fica permitida, em todo o território nacional, a vivessecção de animais, nos termos desta Lei.

Art. 2º – Os biotérios e os centros de experiências e demonstrações com animais vivos deverão ser registrados em órgão competente e por ele autorizados a funcionar.

Art. 3º – A vivessecção não será permitida:

I – sem o emprego de anestesia;

II – em centro de pesquisas e estudos não registrados em vivessecção competente;

III – sem a supervisão de técnico especializado;

IV – com animais que não tenham permanecido mais de quinze dias em biotérios legalmente autorizados;

V – em estabelecimentos de ensino de primeiro e segundo graus e em quaisquer locais freqüentados por menores de idade.

Art. 4º – O animal só poderá ser submetido às intervenções recomendadas nos protocolos das experiências que constituem a pesquisa ou os programas de aprendizado cirúrgico, quando, durante ou após a vissecção, receber cuidados especiais.

§ 1º – Quando houver indicação, o animal poderá ser sacrificado sob estrita obediência às prescrições científicas.

§ 2º – Caso não sejam sacrificados, os animais utilizados em experiências ou demonstrações somente poderão sair do biotério trinta dias após a intervenção, desde que destinados a pessoas ou entidade idôneas que por eles queiram responsabilizar-se.

Art. 5º – Os infratores desta Lei estarão sujeitos:

I – às penalidades cominadas no art. 64, caput, do Decreto-lei no

I – às penalidades cominadas no art. 64, caput, do Decreto-lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941, no caso de ser a primeira infração;

II – à interdição e cancelamento do registro do biotério ou do centro de pesquisa, no caso de reincidência.

Art. 6º – O Poder Executivo, no prazo de noventa dias, regulamentará a presente Lei, especificando:

I – o órgão competente para o registro e a expedição de autorização dos biotérios e centros de experiências e demonstrações com animais vivos;

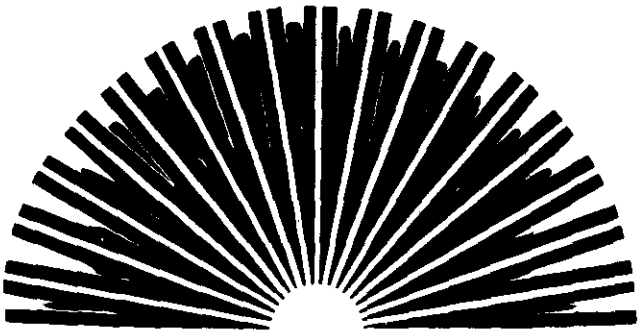
II – as condições gerais exigíveis para o registro e o funcionamento dos biotérios;

III – órgão e autoridades competentes para a fiscalização dos biotérios e centros mencionados no inciso I.

Art. 7º – Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 8º – Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 8 de maio de 1979; 158º da Independência e 91º da República. JOÃO B. DE FIGUEIREDO, Petrônio Portella, E. Portella, Ernani Guilherme Fernando da Motta.



O QUE FARIA VOCÊ NESTE CASO?

É O ANESTESISTA CULPADO?

"Uma parturiente é submetida a parto cirúrgico sob anestesia peridural sem intercorrências. O RN, entretanto, nasce sob péssimas condições, necessitando de assistência ventilatória, o que foi feito pelo anestesiologista pois, naquele momento, pela falta do neonatologista, o RN era atendido deficitariamente pela enfermagem. Como a parturiente passava bem, o anestesiologista deixa a sala e vai em socorro ao RN que sobrevive. Entretanto, ao retornar a sala de cirurgia, encontra a sua paciente em parada cardíaca que responde mal às manobras de ressuscitação e vai à óbito."

O Dr. Manoel Almeida Neto, em consulta formulada a esse CRM, indaga quanto aos aspectos éticos de uma questão fictícia, que envolve as responsabilidades de um médico assistente e do anestesiologista, na morte de uma paciente, logo após o parto e em decorrência de acidente anestésico.

Em se analisando a consulta, preliminarmente, denota-se que o assunto deve ser abordado sob dois aspectos. Primeiro, quanto a responsabilidade do anestesiologista e segundo, no que se refere a responsabilidade do médico assistente da paciente.

Assim, no que concerne ao primeiro aspecto, fácil seria a solução à indagação, se examinássemos o comportamento do anestesiologista, apenas à luz fria da lei, quando então não se levaria em consideração, os motivos que o levaram a ausentar-se da sala de

cirurgia, desde que assim agiu, pretendendo dar atendimento ao recém-nascido, que na oportunidade estava sendo atendido deficitariamente pela enfermagem. Portanto, não se arguindo as razões do médico anestesista, o assunto se resolveria, fundamentalmente, face ao disposto pelo artigo 2o. da Resolução CFM no. 851/78, que dispõe:

> DURANTE A REALIZAÇÃO DA ANESTESIA TEM O MÉDICO ANESTESIOLOGISTA O DEVER FUNDAMENTAL, COMO INTEGRANTE DA EQUIPE CIRÚRGICA, DE PERMANECER TODO O TEMPO JUNTO DO DOENTE ATÉ TOTAL RECUPERAÇÃO DOS EFEITOS DA ANESTESIA.

Ora, neste particupar, é certo que o anestesista não se houve como lhe determina a Resolução referida, abandonando a sala de cirurgia e, consequentemente, a paciente que ainda se encontrava sob os efeitos anestésicos. Destarte, em não se perquirindo suas razões, dúvidas não restariam quanto a sua responsabilidade pela morte da parturiente, desde que, evidentemente, e é o que deixa antever a consulta, se suponha que a mesma veio a óbito em razão ou por efeitos da anestesia.

Todavia, sendo este o parâmetro a ser seguido, há que se levar em conta os motivos que o levaram a deixar a sala de cirurgia. E estes motivos, cuja relevância, é bom que se frise, pode variar, desde que estritamente de caráter subjetivo , não foram respaldados em possível negligência ou imprudência. Consoante a consulta, o anestesiologista pretendeu socorrer o recém-nato, que corria risco de vida e estava sendo atendido preciariamente pela enfermagem em outra dependência. Conclui-se portanto, que o profissional, embora tenha se ausentado e abandonado momentaneamente a paciente, o que de todo modo lhe era defeso, o fez com respaldo em uma escolha pessoal e provavelmente, na convicção que a parturiente passava bem. É certo no entanto, que a morte da paciente ocorreu. E presume-se, pelo teor da consulta, que o óbito se deu em decorrência da anestesia e na ocasião em que o anestesista não estava presente. Destarte, se processado criminalmente este profissional, o seria pelo crime capitulado no § 3o. do artigo 121 do Código Penal, que dispõe sobre homicídio culposo, ou seja, aquele decorrente de negligência, imprudência ou imperícia. Na hipótese, responderia o anestesiologista por negligência ou imprudência.

Todavia, o seu comportamento impõe atenuantes. Não abandonou a sala de cirurgia por mera negligência ou imprudência. O fêz visando auxiliar o recém-nascido, que, conforme a consulta, estava passando mal. Ademais, é de ser levado em conta, que a paciente, até aquele momento, não apresentava complicações. Don-

de se conclui que a questão se resolveria nos termos dispostos pelo artigo 19, inciso I, do Código Penal, que determina não haver crime, quando o agente pratica o fato, em estado de necessidade. E considera-se em estado de necessidade, quem pratica o fato para salvar de perigo atual, que não provocou por sua vontade, nem poderia de outro modo evitar, direito próprio ou alheio, cujo sacrifício, nas circunstâncias não era razoável exigir-se.

Ora, o anestesista foi em socorro da criança e por este abandonou a paciente. No meu entender, na ocasião se apresentava um estado de necessidade, que era exatamente o perigo que corria o recém nascido. E esta circunstância o autorizaria a sair da sala, acrescendo-se ainda o fato de que, na oportunidade, a paciente não corria nenhum risco e estava sendo assistida pelo cirurgião. Frise-se ademais, que mesmo que o anestesista tivesse que optar por escolher entre o filho e a mãe, quer um quer outro, o critério seria sempre subjetivo e crime não haveria.

Analisada esta particularidade da questão, mister se faz abordar-se a consulta sob outro ângulo, ou seja, no que concerne a responsabilidade do cirurgião, chefe da equipe. E nesta hipótese, não há que se falar na eventual imputação penal, mesmo porque, ao que me parece, inexiste. Isto porque, em se partindo do pressuposto de ter havido possível ilicitude na morte da paciente, já foi explicitado de que, da parte do anestesista, crime não houve. Por sua vez, o cirurgião, não contribuiu, quer por ação, quer por omissão,na morte da parturiente,que morreu, supõe-se,em decorrência de acidente anestesiológico,procedimento da responsabilidade do anestesiologista e não dele, assistente. O assunto, no meu entender, se esvai no disposto pelo artigo 11 do Código Penal, que dispõe:

> O RESULTADO, DE QUE DEPENDE A EXISTÊNCIA DO CRIME, SOMENTE É IMPUTÁVEL A QUEM LHE DEU CAUSA. CONSIDERA-SE CAUSA A AÇÃO OU OMISSÃO SEM A QUAL O RESULTADO NÃO TERIA OCORRIDO.

Por isto, o cirurgião, ao menos penalmente e consequentemente eticamente, não responderia pelos atos ou omissões de seus auxiliares, pois, na hipótese, se negligência ou imprudência houve, seria da parte do anestesiologista, que deixou a sala.

Não pretendendo ir além da consulta, mas apenas a título de esclarecimento, vale lembrar que a morte da paciente, poderia talvez trazer responsabilidade civil ao Hospital, desde que não reuniu, pelo menos naquela ocasião, condições para dar atendimento amplo, não apenas à parturiente, mas também ao recém-nascido, o que levou o anestesiologista a abandonar seu posto. O artigo 159

do Código Civil, poderia ser arguido, numas eventual reparação pecuniária, vez que disciplina:

> AQUELE QUE, POR AÇÃO OU OMISSÃO VOLUNTÁRIA, NEGLIGÊNCIA OU IMPRUDÊNCIA, VIOLAR DIREITO OU CAUSAR PREJUÍZO A OUTREM FICA OBRIGADO A REPARAR O DANO.

Convém salientar ainda, o disposto pelo inciso III do artigo 1521 do aludido Diploma Legal:

> SÃO TAMBÉM RESPONSÁVEIS PELA REPARAÇÃO CIVIL:
>
> III) O PATRÃO, AMO OU COMITENTE, POR SEUS EMPREGADOS, SERVIÇAIS E PREPOSTOS, NO EXERCÍCIO DO TRABALHO QUE LHES COMPETIR, OU POR OCASIÃO DELE.

No caso, a pessoa jurídica, entidade hospitalar, teria se omitido na manutenção de um neonatologista, para o atendimento do recém-nascido.

É o meu parecer.
Curitiba, 21 de outubro de 1985
ANTONIO CELSO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE
Assessor Jurídico

CONHEÇA

DECRETO N. 20.931
DE 11 DE JANEIRO DE 1932

É A LEI.

MAS PRECISA SER REVISTA.

Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas.

in

Diário Oficial — Sexta-feira, 15 de janeiro de 1932. N. 12 — Capital Federal — Pgs. 885 a 887.

O Chefe do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil, de conformidade com o art. 1º do decreto nº 19.398, de 11 de novembro de 1930, decreta:

Art. 1º - O exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeiro, fica sujeito à fiscalização na forma deste decreto.

Art. 2º - Só é permitido o exercício das profissões enumeradas no art. 1º, em qualquer ponto do território nacional, a quem se achar habilitado nelas de acordo com as leis federais e tiver título registrado na forma do art. 5º deste decreto.

Art. 3º - Os optometristas, práticos de farmácia, massagistas e duchistas estão também sujeitos à fiscalização, só podendo exercer a profissão respectiva se provarem a sua habilitação a juízo da autoridade.

Art. 4º - Os graduados por escolas ou universidades estrangeiras só podem exercer a profissão, após submeterem-se a exame de habilitação, perante as faculdades brasileiras, de acordo com as leis federais em vigor.

Art. 5º - É obrigatório o registro do diploma dos médicos e demais profissionais a que se refere o art. 4º, no Departamento Nacional de Saúde Pública e na repartição sanitária estadual competente.

Art. 6º - Os médicos e os cirurgiões dentistas são obrigados a notificar, no primeiro trimestre de cada ano, à autoridade sanitária da localidade onde clinicarem ou, em sua falta, à autoridade policial, a sede dos seus consultórios ou residências, a fim de serem organizados o cadastro médico e o cadastro odontológico local.

Art. 7º - A Inspetoria de Fiscalização do Exercício da Medicina, do Departamento Nacional de Saúde Pública, fará publicar mensalmente, no Diário Oficial, a relação dos profissionais cujos títulos tiverem sido registrados, organizados, anualmente, com as alterações havidas, a relação completa dos mesmos.

Art. 8º - As autoridades municipais, estaduais e federais só podem receber impostos relativos ao exercício da profissão médica, mediante apresentação de prova de se achar o diploma do interessado devidamente registrado no Departamento Nacional de Saúde Pública e nas repartições sanitárias estaduais competentes.

Art. 9º - Nas localidades onde não houver autoridade sanitária, compete às autoridades policiais e judiciárias verificar se o profissional se acha devidamente habilitado para o exercício da sua profissão.

Art. 10 - Os que, mediante anúncios ou outro qualquer meio, se propuserem ao exercício da medicina, ou de qualquer dos seus ramos, sem título devidamente registrado, ficam sujeitos, ainda que se entreguem excepcionalmente a essa atividade, às penalidades aplicáveis ao exercício ilegal da medicina.

Art. 11 - Os médicos, farmacêuticos, cirurgiões-dentistas, veterinários, enfermeiros e parteiras que cometerem falta grave ou erro de ofício, poderão ser suspensos do exercício da sua profissão pelo prazo de 6 meses a 2 anos e, se exercem função pública, serão demitidos dos respectivos cargos.

Art. 12 - A penalidade de suspensão será imposta no Distrito Federal pelo diretor geral do Departamento Nacional de Saúde Pública, depois de inquérito administrativo apreciado por três profissionais de notório saber e probidade, escolhidos um pelo Ministro da Educação e Saúde Pública, um pelo diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública e um pelo diretor do Departamento Nacional do Ensino e, nos Estados, pelo respectivo diretor dos serviços sanitários, após inquérito administrativo procedido por uma comissão de três profissionais, escolhidos um pelo secretário do Interior do Estado, um pelo Diretor do Serviço Sanitário e um pelo juiz sec-

cional federal. Em qualquer caso da aplicação da penalidade, cabe recurso para o ministro da Educação e Saúde Pública.

Art. 13 - Os que apresentarem oposições ou embargo de qualquer ordem à ação fiscalizadora da autoridade sanitária, ou que a desacatarem no exercício de suas funções, ficam sujeitos à multa de Cr$ 2.000,00 à 5.000,00, cobrável executivamente sem prejuízo da ação penal por desacato à autoridade que poderá ter lugar por denúncia dos órgãos competentes da Justiça Estadual.

Art. 14 - Podem continuar a clinicar nos respectivos Estados, os médicos, cirurgiões-dentistas e veterinários que, na data da publicação do presente decreto, forem portadores de diplomas expedidos por escolas reconhecidas e fiscalizadas pelos governos estaduais, bem como os médicos, cirurgiões-dentistas e veterinários diplomados por faculdades estrangeiras, com mais de 10 anos de clínica no país, se comprovarem a idoneidade da escola por onde tenham se formado, a juízo da autoridade sanitária.

DO EXERCÍCIO DA MEDICINA

Art. 15 - São deveres dos médicos:

a) notificar, dentro do primeiro trimestre de cada ano, à Inspetoria da Fiscalização do Exercício da Medicina no Departamento Nacional de Saúde Pública, no Distrito Federal, à autoridade sanitária local ou, na sua ausência, à autoridade policial, nos Estados, a sede do seu consultório ou a sua residência para organização do cadastro médico-regional (artigo 69).

b) escrever as receitas por extenso, legivelmente, em vernáculo, nelas indicando o uso interno ou externo dos medicamentos, o nome e a residência do doente, bem como a própria residência ou consultório;

c) ratificar em suas receitas a posologia dos medicamentos, sempre que esta for anormal, eximindo assim o farmacêutico de responsabilidade no seu aviamento;

d) observar fielmente as disposições regulamentares referentes às doenças de notificação compulsória;

e) atestar o óbito em impressos fornecidos pelas repartições sanitárias com a exata "causa mortis", de acordo com a nomenclatura nosológica internacional de estatística demógrafo-sanitária;

f) mencionar em seus anúncios somente os títulos científicos e a especialidade.

Art. 16 - É vedado ao médico:

a) ter consultório comum com indivíduo que exerça ilegalmente a medicina;

b) receitar sob forma secreta, como a de código ou número;

c) indicar em suas receitas determinado estabelecimento farmacêutico, para as aviar; (1)

d) atestar o óbito de pessoa a quem não tenha prestado assistência médica;

e) afirmar atestados sem praticar os atos profissionais que os justifiquem;

f) dar-se a práticas que tenham por fim impedir a concepção ou interromper a gestação, só sendo admitida a provocação do aborto e o parto prematuro, uma vez verificada, por junta médica, sua necessidade terapêutica;

g) fazer parte, quando exerça a clínica, de empresa que explore a indústria farmacêutica ou seu comércio. Aos médicos autores de fórmulas de especialidades farmacêuticas, serão, porém, assegurados os respectivos direitos, embora não as possam explorar comercialmente desde que exerçam a clínica.

h) exercer simultaneamente as profissões de médicos e farmacêutico quando formado em medicina e farmácia, devendo optar por uma delas, do que deve dar conhecimento ,por escrito, ao Departamento Nacional de Saúde Pública;

i) assumir a responsabilidade de tratamento médico dirigido por quem não for legalmente habilitado;

j) anunciar a cura de doenças consideradas incuráveis, segundo os atuais conhecimentos científicos;

k) assumir a responsabilidade como assistente, salvo nas localidades onde não houver outro médico, do tratamento de pessoa da própria família, que viva sob o mesmo teto, que esteja acometida de doença grave ou toxicomania, caso em que apenas pode auxiliar o tratamento dirigido por médico estranho à família;

l) recusar-se a passar atestado de óbito de doente a quem venha prestando assistência médica, salvo quando houver motivo justificado, do que deverá dar ciência, por escrito, à autoridade sanitária;

m) manter a publicação de conselhos e receitas a consulentes por correspondência ou pela imprensa.

Art. 17 - As associações religiosas ou de propaganda doutrinária onde forem dadas consultas médicas ou fornecidos medicamentos, ficam sujeitas, nas pessoas de seus diretores ou responsáveis, às multas estabelecidas no regulamento sanitário e às penas previstas no Código Penal.

§ 1o. - Se alguém, não se achando habilitado para exercer a medicina, se valer de uma dessas associações para exercê-la, ficará sujeito às mesmas penalidades em que devem incorrer o diretor ou responsável.

§ 2o. - Se qualquer associação punida na forma deste artigo reincidir na infração, a autoridade sanitária ordenará, administrativamente, o fechamento da sua sede.

Art. 18 - Os profissionais que se servirem do seu título para a prescrição ou administração indevida de tóxicos entorpecentes, além de serem responsabilizados criminalmente, serão suspensos do exercício da sua profissão pelo prazo de um a cinco anos, e demitidos de qualquer cargo público que exerçam.

Parágrafo único. A aplicação da penalidade estabelecida neste artigo dependerá de condenação de Infrator, salvo quando este houver sido autuado em flagrante no momento em que administrava o tóxico.

Art. 19 - Não é permitido o uso continuado de entorpecentes no tratamento de doenças ou afecções para o qual sejam admissíveis ou recomendáveis outros recursos terapêuticos, salvo quando, em conferência médica, na qual deve tomar parte a autoridade sanitária, ficar demonstrada a necessidade imprescindível do uso continuado de medicação dessa natureza.

Art. 20 - O médico, cirurgião-dentista ou veterinário que, sem causa plenamente justificada, prescrever continuadamente entorpecentes, será declarado suspeito pela Inspetoria de Fiscalização do Exercício de Medicina do Departamento Nacional de Saúde Pública ou pela autoridade sanitária local, ficando sujeito seu receituário a rigorosa fiscalização. Verificadas nele irregularidades em inquérito administrativo, ser-lhe-á cassada a faculdade de prescrever entorpecentes, sem prévia fiscalização da autoridade sanitária, ficando as farmácias proibidas de aviar suas receitas, sem o "visto" prévio da Inspetoria de Fiscalização do Exercício da Medicina do Departamento Nacional de Saúde Pública ou da autoridade sanitária local.

Art. 21 - Ao profissional que prescrever ou administrar entorpecentes para a alimentação da toxicomania será cassada, pelo diretor geral do Departamento Nacional de Saúde Pública, no Distrito Federal e, nos Estados, pelo respectivo diretor dos serviços sanitários, a faculdade de receitar essa medicação, pelo prazo de um a cinco anos, devendo ser o fato comunicado às autoridades policiais para a instauração do competente inquérito e processo criminal.

Art. 22 - Os profissionais que forem toxicômanos serão sujeitos a exame médico-legal, não lhes sendo permitido prescrever entorpecentes pelo espaço de 1 a 5 anos.

Art. 23 - Não é permitido o tratamento de toxicômanos em domicílio. Esses doentes serão internados obrigatoriamente em estabelecimentos hospitalares, devendo os médicos assistentes comunicar a internação à Inspetoria de Fiscalização do Exercício da Medicina do Departamento Nacional de Saúde Pública ou à autoridade sanitária local e apresentar-lhe o plano clínico para a desintoxicação. Nesses casos, as receitas deverão ser individuais e ficarão sujeitas ao "visto" prévio da Inspetoria de Fiscalização do Exercício da Medicina do Departamento Nacional de Saúde Pública ou da autoridade sanitária local.

DOS ESTABELECIMENTOS DIRIGIDOS POR MÉDICOS

Art. 24 - Os institutos hospitalares de qualquer natureza, públicos ou particulares, os laboratórios de análises e pesquisas clínicas, os laboratórios de soros, vacinas e outros produtos biológicos, os gabinetes de raios X e os institutos de psicoterapia, fisioterapia e ortopedia e os estabelecimentos de duchas ou banhos medicinais, só poderão funcionar sob responsabilidade e direção técnica de médicos ou farmacêuticos, nos casos compatíveis com esta profissão, sendo indispensável, para seu funcionamento, licença da autoridade sanitária.

Art. 25 - Os institutos de beleza, sem direção médica, emitar-se-ão aos serviços compatíveis com sua finalidade, sendo terminantemente proibida aos que neles trabalham a prática de intervenções de cirurgia plástica, por mais rudimentares que sejam, bem como a aplicação de agentes fisioterápicos e a prescrição de medicamentos.

Art. 26 - Os laboratórios de análises e pesquisas clínicas, os laboratórios de soros, vacinas e outros produtos biológicos, os gabinetes de raios X e os institutos de psicoterapia, de fisioterapia e de ortopedia serão licenciados e fiscalizados pelo Departamento Nacional de Saúde Pública ou pela autoridade local. A licença será concedida ao responsável pelo estabelecimento e só poderá ser fornecida após a competente inspeção sanitária, devendo a transferência do local ou a substituição do responsável ser previamente requerida à Inspetoria de Fiscalização do Exercício da Medicina ou à autoridade sanitária local.

Art. 27 - Os estabelecimentos eletro-rádio e fisioterápicos e ortopédicos só poderão funcionar sob a direção técnica profissional de médico cujo nome será indicado no requerimento dos interessados à autoridade sanitária competente, salvo se esses estabelecimentos forem de propriedade individual de um médico.

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

No requerimento de licença para seu funcionamento, deverá o diretor técnico do estabelecimento enviar à autoridade sanitária competentente a relação dos profissionais que nele trabalham, comunicando-lhe as alterações que forem ocorrendo no seu quadro.

Art. 29 - A direção dos estabelecimentos destinados a abrigar indivíduos que necessitem de assistência médica e se achem impossibilitados, por qualquer motivo, de participar da atividade social, e especialmente os destinados a acolher, parturientes, alienados, toxicômanos, inválidos, etc., será confiada a um médico especialmente habilitado e a sua instalação deverá ser conforme os preceitos científicos de higiene, com adaptações especiais aos fins a que se destinarem.

O diretor técnico deverá facultar à autoridade sanitária a livre inspeção do estabelecimento sob sua direção, determinando o seu fechamento quando assim o exigir a autoridade sanitária, por motivo de conveniência pública ou de aplicação de penalidade, imposta por infração dos dispositivos do regulamento sanitário.

§ 1o. - O diretor técnico, que requerer à autoridade sanitária a competente licença para abertura dos estabelecimentos citados nos artigos precedentes, deverá pedir baixa de sua responsabilidade sempre que se afastar da direção.

§ 2o. - Esses estabelecimentos terão um livro especial, devidamente rubricado pela autoridade sanitária competente, destinado ao registro dos internados, com todas as especificações de identidade e a anotação de todas as ocorrências verificadas desde a entrada até a saída do internado.

DO EXERCÍCIO DA ODONTOLOGIA

Art. 30 - O cirurgião-dentista somente poderá prescrever agen-

tes anestésicos de uso tópico e medicamento de uso externo para os casos restritos de sua especialidade.

Art. 31 - Ao cirurgião-dentista é vedado praticar intervenções cirúrgicas que exijam conhecimentos estranhos à sua profissão, bem como permitir o exercício da clínica odontológica, em seu consultório, a indivíduo não legalmente habilitado para exercê-la.

Art. 32 - O material existente em consultório dentário, cujo funcionamento não esteja autorizado pela autoridade sanitária ou que seja utilizado por quem não tiver diploma registrado do Departamento Nacional de Saúde Pública, será apreendido e remetido para o depósito público.

Art. 33 - É terminantemente proibida, aos protéticos, a instalação de gabinetes dentários, bem como o exercício de clínica odontológica.

DO EXERCÍCIO DA MEDICINA VETERINÁRIA

Art. 34 - E proibido as farmácias aviar receituário de médicos veterinários que não tiverem seus diplomas devidamente registrados no Departamento Nacional de Saúde Pública.

Art. 35 - Nas receitas, deve o veterinário determinar o animal a que se destina a medicação e indicar o local onde é encontrado, bem como o respectivo proprietário, mencionando a qualidade de veterinário após a assinatura da receita.

DO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO DE PARTEIRA

Art. 36 - As parteiras e enfermeiras especializadas em obstetrícia devem limitar-se aos cuidados indispensáveis às parturientes e aos recém-nascidos nos casos normais e, em qualquer anormalidade, devem reclamar a presença de um médico, cabendo-lhes a responsabilidade pelos acidentes atribuíveis à imperícia da sua intervenção.

Art. 37 - É vedado às parteiras:

a) prestar assistência médica a mulheres e crianças fora do período do parto ou realizar qualquer intervenção cirúrgica;

b) recolher as parturientes e gestantes para tratamento em sua residência ou estabelecimento sob sua direção imediata ou mediata;

c) manter consultório para exames e prática de curativos;

d) prescrever medicações salvo a que for urgentemente reclamada pela necessidade de evitar ou combater acidentes graves que comprometam a vida da parturiente, do feto ou do recém-nascido.

Nesses casos, porém, como em todos os que se revestem de qualquer anormalidade, a presença do médico deve ser reclamada

pela parteira, que tomará providências apenas até que chegue o profissional.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 38 - E terminantemente proibido aos enfermeiros, massagistas, optometristas e ortopedistas, a instalação de consultórios para atender clientes, devendo o material aí encontrado ser apreendido e remetido para o depósito público, onde será vendido judicialmente a requerimento da Procuradoria dos Feitos da Saúde Pública, a quem a autoridade competente oficiará nesse sentido. O produto do leilão judicial será recolhido ao Tesouro, pelo mesmo processo que as multas sanitárias.

Art. 39 - E vedado às casas de óptica confeccionar e vender lentes de grau sem prescrição médica, bem como instalar consultórios médicos nas dependências dos seus estabelecimentos.

Art. 40 - É vedado às casas que comerciam em artigos de ortopedia ou que os fabricam, vender ou aplicar aparelhos protéticos, contensivos, corretivos ou imobilizadores, sem a respectiva prescrição médica.

Art. 41 - As casas de óptica, ortopedia e os estabelecimentos eletro, rádio e fisioterápicos de qualquer natureza devem possuir um livro devidamente rubricado pela autoridade sanitária competente, destinado ao registro das prescrições médicas.

Art. 42 - A infração de qualquer dos dispositivos do presente decreto será punida com a multa de Cr$ 2.000 a 5.000, conforme a sua natureza, a critério da autoridade autuante, sem prejuízo das penas criminais. Estas penalidades serão discriminadas em cada caso no regulamento.

Parágrafo único. Nos casos de reincidência na mesma infração dentro do prazo de 2 anos, a multa será duplicada a cada nova infração.

Art. 43 - Os processos criminais previstos neste decreto terão lugar por denúncia da Procuradoria dos Feitos da Saúde Pública,na Justiça do Distrito Federal, ou por denúncia do órgão competente nas justiças estaduais, mediante solicitações da Inspetoria de Fiscalização do Exercício da Medicina ou de qualquer outra autoridade competente.

Art. 44 - Revogam-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 11 de janeiro de 1932.

111º da Independência e 44º da República

Getúlio Vargas, Francisco Campos

CONSULTA

RECUSA DE PLANTÃO NÃO REMUNERADO PODE SER CAUSA DE DEMISSÃO DO CORPO CLÍNICO?

1) A direção do Hospital pode obrigar médico pertencente a seu corpo clínico, mas sem qualquer contrato, a atender durante plantão não remunerado, com apenas ganho por procedimentos, a pacientes do INAMPS?

RESPOSTA

Por diversas vezes esta Assessoria tem argumentado, que as normas que regem a relação médico-hospital, devem estar dispostas em regulamento próprio, que atendam e disciplinem as necessidades de todas as partes.

Por outro lado em não existindo tal regulamento, as dúvidas que venham a surgir no relacionamento corpo clínico-hospital, têm que ser resolvidas, com respaldo nos princípios éticos e legais que se sirvam à solução das pendências.

E assim sendo, no que concerne a questão formulada, temos a aduzir que, em nosso entendimento, o médico, quando vinculado ao corpo clínico de um hospital, não pode ser considerado como subordinado a normas que extrapolem o exercício de sua atividade, ou melhor dizendo, em não mantendo vínculo trabalhista com a entidade, não lhe deve outrossim, obediência jurídica e hierárquica. É claro portanto, que o médico que apenas pertence ao corpo clínico do hospital, usando as instalações para exercer individualmente sua medicina, não está obrigado a prestar serviços de plantão, ainda que remunerados condignamente, o que não é o caso.

2) Em se negando a acatar esta determinação pode o médico ser demitido do Corpo Clínico.

Destarte, se a negativa implicar em demissão, deve o médico comunicar o fato ao Conselho de Medicina, para que o Diretor Clínico do hospital venha prestar os indispensáveis esclarecimentos, sob pena de instalação de processo ético por infração ao artigo 41 do Código Brasileiro de Deontologia Médica.

É o nosso parecer.

Adv. Antonio Celso C. Albuquerque
Assessor Jurídico

Pode o Conselho determinar a intervenção de médico mentalmente enfermo?

Entendo não possuir o Conselho de Medicina, legitimidade para promover a interdição para o exercício profissional, de médicos que revelem distúrbios mentais, ainda que respaldado em laudos ou outras provas de comportamento incompatível.

Em minha opinião, a Resolução No. 727/76, não encontra ressonância nos dispositivos legais que cuidam do assunto, sendo portanto inaplicável, ao menos na forma como está disposta. Aliás, a Curatela de Interditos, é matéria regulada pelo Código de Processo Civil, que em seu artigo 1177, limita o requerimento respectivo, ao pai, mãe ou tutor, ao cônjuge a algum parente próximo e, finalmente, ao Ministério Público, que somente poderá promovê-la, se consubstanciada a anomala psíquica e se não houve a iniciativa das pessoas referidas.

Assim, a lei não defere ao Conselho de Medicina ou a qualquer outro órgão de fiscalização do exercício profissional, a legitimidade para promover a interdição de seus filiados, mesmo que seus Códigos de Ética, assim o determinem.

Na hipótese da consulta, a solução seria a representação ao Ministério Público, solicitando a este órgão, de conformidade com os já referidos incisos I e II do artigo 178 do Código de Processo Civil, que promova a interdição dos médicos que, comprovadamente, vêm exercendo a profissão, sem dispor de saúde mental para a atividade.

Por outro lado, apenas a título de esclarecimento, cumpre salientar que o Decreto no. 24.559 de 3/7/34, não regulamenta a matéria objeto da consulta, mas apenas dispõe sobre a ASSISTÊNCIA E PROTEÇÃO À PESSOA E AOS BENS DOS PSICOPATAS.

É o meu parecer.

Curitiba, 7 de outubro de 1985.

Antonio Celso C. de Albuquerque
Assessor Jurídico

A RESPONSABILIDADE CIVIL E PENAL DO CHEFE DE EQUIPE CIRÚRGICA, DIRETOR CLÍNICO E DO HOSPITAL

A Regional do Norte do Paraná, do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, tem sido frequentemente inquirida por seus associados, razão porque, muito respeitosamente se dirige a este Egrégio Conselho para consultá-lo:

1. Qual a responsabilidade Civil e Penal do Cirurgião como chefe de uma equipe Cirúrgica?

2. Qual a responsabilidade do Cirurgião chefe da equipe em havendo uma falta (imperícia, imprudência ou negligência) por parte de um dos elementos da equipe Cirúrgica?

3. Qual a responsabilidade do Hospital e do Diretor Clínico no caso de falha por parte da organização hospitalar (UTI - banco de sangue, laboratório, enfermagem, serviços auxiliares)?

4. No caso específico de pacientes de instituição conveniada com o hospital:

a) É ele o responsável pelos serviços auxiliares: anestesia, banco de sangue e laboratório?

b) No caso de alguém destes serviços se negar a atender o paciente por não serem conveniados com a Instituição fica este na obrigação de facilitar o uso de outros serviços estranhos ao hospital? Por exemplo: no caso do serviço de anestesia, outros anestesistas que não os do corpo clínico, poderiam ser chamados a atuar?

O Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Regional do Norte do Paraná, formula a este Conselho várias indagações, as quais, cumpre desde já ressaltar, por não traduzirem fatos concretos, obrigam a uma análise apenas genérica, passíveis de interpretações diversas, se opostas a casos específicos.

E como são muitas as questões formuladas, serão examinadas especificamente, senão vejamos:

1. QUAL A RESPONSABILIDADE CIVIL E PENAL DO CIRURGIÃO COMO CHEFE DE UMA EQUIPE CIRÚRGICA?

Ora, no que concerne ao aspecto penal, ao que me parece, o assunto se esvai na redação do artigo 11º do Código Penal, que dispõe:

O RESULTADO, DE QUE DEPENDE A EXISTÊNCIA DO CRIME, SOMENTE É IMPUTÁVEL A QUEM LHE DEU CAUSA. CONSIDERA-SE CAUSA A OMISSÃO SEM A QUAL O RESULTADO NÃO TERIA OCORRIDO.

Isto quer dizer portanto, que se o paciente, submetido, a intervenção cirúrgica, suponhamos, venha a falecer por negligência, imperícia ou imprudência, perpetrada por um outro elemento da equipe cirúrgica, que não o cirurgião, a este não advirá qualquer responsabilidade penal, pela qual responderá exclusivamente o seu autor.

Outro poderá ser todavia o entendimento, se levarmos a questão para a área cível, quando então à pendência, se arguiria o disposto pelo artigo 159 do Código Civil, combinado com o artigo 1521, inciso III do aludido Diploma Legal. E para melhor conceituarmos o assunto, vale transcrever os dispositivos referidos:

ART. 159:

AQUELE QUE, POR AÇÃO OU OMISSÃO VOLUNTÁRIA, NEGLIGÊNCIA OU IMPRUDÊNCIA, VIOLAR DIREITO OU CAUSAR PREJUÍZO A OUTREM, FICA OBRIGADO A REPARAR O DANO.

Assim, dentro do Direito Civil, se trouxessemos à consideração a mesma situação já exposta, teriamos preliminarmente, que o autor da ação ou omissão, que causou a morte do paciente, se comprovado que agiu com negligência ou imprudência, se veria sujeito a responder a uma ação de indenização pela morte que deu causa, indenização esta, cujos parâmetros deixamos de analisar, mesmo porque irrelevantes nesta ocasião. Porém, se a lei prevê esta responsabilidade direta do causador do dano, também disciplina quanto a responsabilidade indireta, no caso, do cirurgião, chefe da equipe. E esta possibilidade está inserida no Código Civil, que em seu artigo 1521, inciso III, determina:

SÃO TAMBÉM RESPONSÁVEIS PELA REPARAÇÃO CIVIL:

III - O PATRÃO, AMO OU COMITENTE, POR SEUS EMPREGADOS, SERVIÇAIS E PREPOSTOS, NO EXERCÍCIO DO TRABALHO QUE LHES COMPETIR, OU POR OCASIÃO DELE.

Ora, como se sabe, o paciente, quando procura os cuidados médicos e é levado a uma intervenção cirúrgica, se submete, primeiramente, à responsabilidade do cirúrgião, no caso, o chefe da equipe. E aí então, a responsabilidade civil deste profissional, não se esvai, como a penal, na pessoa de quem cometer omissão ou ação danosa. Vai além, exatamente porque a lei entende, como bem disposto está no inciso III do artigo 1521 do Código Civil, que o patrão, amo ou comitente, responde pelos atos de seus prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir. E respalda esta premissa, na teoria de que ao patrão compete bem escolher seus auxiliares, no desempenho das missões que lhes defere. Assim, na hipótese, o cirurgião, como chefe da equipe durante a intervenção, responde pelos atos de seus prepostos, no caso, todos os seus auxiliares, que naquela ocasião, lhe devem obediência profissional.

E numa análise mais simplista, deve-se entender tal alargamento de responsabilidade, no fato de que o cirurgião só deve se dispor a operar o seu paciente, se reúne condições para tal, dispondo portanto, não apenas de auxiliares competentes, mas também do material indispensável.

Portanto, se responsabilidade penal não advém ao chefe da equipe cirúrgica, por eventuais atos danosos de seus auxiliares e para os quais não tenha contribuído, na área cível, responderá solidariamente, desde que lhe compete o dever de se cercar de todas as condições necessárias ao desempenho perfeito de suas atribuições. Nas mesmas circunstâncias, responderia também o próprio Hospital.

2. NO CASO ESPECÍFICO DE PACIENTES DE INSTITUIÇÃO CONVENIADA COM O HOSPITAL:

a) É ELE O RESPONSÁVEL PELOS SERVIÇOS AUXILIARES; ANESTESIA, BANCO DE SANGUE E LABORATÓRIO?

Ao que parece, a conclusão a esta pergunta, não difere muito das outras já declinadas às questões anteriores. Na área penal, é claro, responde o autor direto do dano. E na esfera cível, a solução continua atada principalmente no artigo 1521, inciso III do Código Civil. Portanto, se o Banco de Sangue com o qual o hospital mantém convênio, por exemplo, fornece material contaminado e que é aplicado em paciente internado, a responsabilidade pelo dano causado será solidária, tanto do hospital como da entidade conveniada. O mesmo entendimento se aplica aos serviços de laboratório.

b) NO CASO DE ALGUÉM DESTES SERVIÇOS SE NEGAR A ATENDER O PACIENTE POR NÃO SEREM CONVENIADOS COM A INSTITUIÇÃO FICA ESTE NA OBRIGAÇÃO DE FACILITAR O USO DE OUTROS SERVIÇOS ESTRANHOS AO HOSPITAL? POR EXEMPLO: NO CASO DE SERVIÇO DE ANESTESIA, OUTROS ANESTESISTAS QUE NÃO OS DO CORPO CLÍNICO PODERIAM SER CHAMADOS A ATUAR?

Quanto a esta indagação, entendemos, preliminarmente, que deveria se resolver com base no regulamento do Corpo Clínico do Hospital. Todavia, parece claro que, em havendo recusa do anestesista em atender determinado paciente, quer conveniado ou não, nada obsta que outro profissional venha a ser convocado, mormente se levando em consideração a necessidade médica do doente. É certo por outro lado, que no caso dos anestesistas, deve-se levar em conta os movimentos que a classe recentemente desencadeou, principalmente no que diz respeito ao descredenciamento do Inamps. De todo modo, cumpre ressaltar que a indagação formulada é genérica e como tal respondida. Talvez o fato concreto, se submetido a este Conselho, merecesse outra interpretação, quando então se analisaria várias circunstâncias que poderiam levar a outras conclusões.

É o meu parecer.

Curitiba, 11 de novembro de 1985.

Antonio Celso C. de Albuquerque
Consultor Jurídico

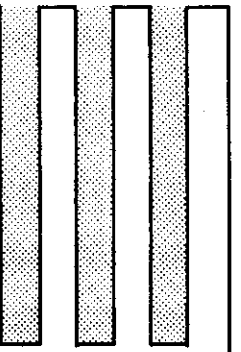
Aprovado em sessão plenária em 28 de abril de 1986.

Código Brasileiro de Deontologia Médica
Artigo 16

"Praticar atos profissionais danosos aos pacientes que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência".

Cancelamento de inscrições

PAGUE SUA ANUIDADE



Resolução CFM 1040/80

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

O Conselho Regional de Medicina, comunica aos seus associados que se encontram com suas anuidades em atraso por mais de um ano, que seus débitos deverão ser quitados urgentemente.

O não cumprimento acarretará o encaminhamento para cobrança judicial e a seguir cancelamento da inscrição. Nesta circunstância o fato será comunicado a todas as entidades ligadas ao ramo da medicina.

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

É ético o hospital arbitrar honorários

CONSULTA

O Diretor Clínico do HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA, Dr. Altair J. Mocelin, formula consulta a este Conselho de Medicina, indagando se:

1. — é ético a direção clínica da entidade, arbitrar valores máximos de honorários médicos a serem cobrados, de pacientes que procurem a instituição hospitalar?
2. — se viável tal possibilidade:
   a) — para quais categorias de pacientes?
   b) — em que acomodações?
   c) — em que a clínica deverá se basear para estipular tais valores?

Ora, primeiramente, cumpre ressaltar que, para o cliente, os serviços médicos a que ele recorre, tem por fim imediato e exclusivo, prevenir, curar ou minorar um sofrimento. Mas para o médico, há dois fins distintos na prestação de seus serviços:

— Aplicar a medicina como meio de proteção ou de defesa da saúde alheia.

— Fazer jus a uma remuneração justa, pelos serviços prestados.

Destarte, dentro desta filosofia que se estabelece entre o médico e o paciente, em princípio, não deve haver intermediação. As partes contratantes, médico e doente, é que devem preliminarmente, fixar os parâmetros que devem reger a relação então iniciante, dentro das possibilidades econômicas de uma e a capacidade profissional de outra.

Aliás, o Código de Deontologia Médica, bem define esta situação, quando, em seu princípio III dispõe:

> "A FIM DE QUE POSSA EXERCER A MEDICINA COM HONRA E DIGNIDADE, O MÉDICO DEVE TER SEU TRABALHO REMUNERADO DE FORMA JUSTA POR SALÁRIOS E HONORÁRIOS".

Por outro lado, ainda que se defenda esta independência, é certo que situações existem, em que ela não pode se instalar, pelas próprias circunstâncias que levam o cliente a procurar socorro médico, não sendo movido então a buscar um determinado profissional, mas sim, alívio para os seus sofrimentos. Nesta hipótese, a ligação que se estabelece com o profissional que eventualmente o atenda, não cria aquele ato, quase indissolúvel de confiabilidade, fruto de uma escolha fundada na certeza de competência do médico eleito.

E isto ocorre, por exemplo, nos hospitais que mantêm serviços de Pronto Socorro, os quais o doente procura, visando alívio às suas dores, lhe sendo indiferente, "a priore", o médico que o assistirá. Nesta situação, a relação médico-paciente, não se instala, desde que o profissional sempre será o segundo na escala de valores. Sim, porque, em primeiro plano, o doente procura o Hospital, sendo então o médico, uma decorrência ou o meio de sanar seus sofrimentos. É claro que nestas situações, a intermediação do hospital é que cria o relacionamento entre o médico e o doente, que, ainda que posteriormente, possa vir a ser mais íntima, é certo que a confiabilidade não foi o fato gerador que uniu as duas partes. Houve uma terceira e esta foi a entidade hospitalar.

E nestes casos, entendo como lícito ao Hospital, pretender fixar valores aos honorários a serem cobrados dos pacientes que o procuram. Na verdade, nesta hipótese, o cliente estabelece um contrato tácito com o Hospital e não com o médico, que deve então trabalhar dentro dos parâmetros pré-fixados para a prestação dos serviços.

Duas situações portanto se apresentam. A primeira, quando o doente vai buscar o atendimento de médico específico. Outra quando ele procura o hospital, lhe sendo então, até aquele momento, indiferente a pessoa física do médico que o assistirá, aliás, na maior parte das vezes desconhecida.

Em suma, na primeira situação, não pode o hospital fixar critérios de honorários, posto que, não faz parte da relação estabelecida entre o médico e seu paciente. Na segunda, por se constituir na parte principal, é admissível ao hospital, desejar fixar valores aos honorários médicos. Todavia, ainda que se lhe reconheça esta possibilidade, não pode a entidade hospitalar pretender, ao seu exclusivo critério, fixar os honorários. Assim, quando o estabelecimento de honorários for desejado pelo hospital, isto deve ser o resultado de um comum acordo entre o corpo clínico e a direção administrativa, desde que, não se pode desconsiderar que o médico, quer escolhido ou não pelo paciente, é o instrumento indispensável à prestação dos serviços.

E em qualquer circunstância, há que se atentar ao disposto pelo artigo 66 do Código Brasileiro de Deontologia Médica, que disciplina não poder o médico:

"PRESTAR SERVIÇOS PROFISSIONAIS A PREÇOS VIS OU EXTORSIVOS".

Quanto as demais indagações, cremos, que os parâmetros de honorários para as várias categorias de pacientes, acomodações e critérios de valorização, também serão o resultado de um ajuste comum entre o corpo clínico e a administração.

É o nosso parecer.

Adv. Antonio Celso C. Albuquerque
Assessor Jurídico

Parecer aprovado em sessão plenária de 5 de maio de 1986.

CONSULTA

ÉTICA DE PROCEDIMENTOS RELATIVOS À COLETA DE DADOS CLÍNICOS NA PREPARAÇÃO DE TESE

Senhor Presidente.

O Processo Consulta em epígrafe, refere-se à ética de procedimentos relativos à coleta de dados clínicos, visando a preparação de tese de pós-graduação.

Inicialmente, julgamos necessário estabelecer alguns conceitos básicos sobre os direitos do médico sobre arquivo ou fichário de dados clínicos dos pacientes por ele atendidos.

Ao profissional liberal autônomo pertencem exclusivamente os dados clínicos ou fichas de pacientes em arquivos, podendo utilizá-los para fins de pesquisa, ressalvadas as normas que presidem o sigilo médico. Pode, também, esse profissional ceder seus dados a outrem para os mesmos fins (de pesquisa clínica), sempre ressalvando o sigilo médico.

Já os arquivos ou fichários clínicos de pacientes internados em hospitais, ou dos pacientes relacionados de alguma forma, à instituições clínicas, a serviços ou outras entidades de assistência, particulares ou públicas, pertencem à instituição em questão e não aos profissionais que nela trabalham sob vínculo empregatício ou por contrato. Os pacientes, neste caso, não estão vinculados ao profissional, mas à Instituição.

No caso de instituições de ensino, os dados contidos em fichário de qualquer natureza, pertencem à instituição, podendo ser usados retrospectiva — ou obtidos prospectivamente — para fins de pesquisa, de elaboração de teses para pós-graduação e de trabalhos para publicação e/ou apresentação em reuniões, simpósios, congressos ou outras da mesma natureza. Às coordenações de pesquisa das instituições caberá o controle do uso desses dados para que não venham a existir conflito, coli-

são ou coincidência de interesses entre pesquisadores de diferentes áreas e, ainda, para que sejam preservados os preceitos éticos relacionados com o sigilo, e o interesse individual dos objetos da pesquisa, como as normas de direitos humanos.

O acesso a esses dados pelos pesquisadores da Instituição deve ser livre, ressalvado, o contido no parágrafo anterior. Deverão os coordenadores de pesquisa, justificar fundadamente a quem de direito, a negativa ou obstância do acesso aos dados ao solicitante.

Colocados esses conceitos gerais passamos a formular os quesitos propostos na consulta e a emitir nossa resposta, considerando que a coleta de dados, seria retrospectiva.

1."Estando ligado por vínculo empregatício a um serviço de assistência médica, é ético usar os dados de pacientes atendidos nesse serviço para uma tese clínica de pós-graduação, mesmo que esses casos não tenham sido atendidos pelo médico responsável pela tese, mas que este tenha sido o autor do levantamento de dados?"

R.: É perfeitamente ético, se o serviço mencionado através de quem de direito, autorizar tal levantamento de dados com a finalidade mencionada, pois a esse serviço pertence o arquivo dos dados em questão. Essa autorização não precisa ser formal, podendo ser implícita. Os demais médicos da Instituição deverão ser informados da pesquisa.

2."Não estando mais ligado por vínculos empregatícios a um serviço de assistência médica, é ético o médico usar os dados de pacientes atendidos por ele no período em que trabalhava nesse serviço para uma tese clínica de pós-graduação?"

R.: As informações contidas nos prontuários e fichas clínicas, conforme ficou acentuado, pertencem à Instituição e não ao médico. Se, todavia, no curso da pesquisa com finalidade científica e, inclusive, para elaboração de tese para pós graduação, o médico for demitido ou afastado da Instituição, Clínica ou Hospital, este não poderá obstar o acesso àquelas informações, senão de maneira fundada, devendo, pois, indicar os motivos da recusa para a continuidade da aludida pesquisa.

Em qualquer caso, o médico poderá recorrer da decisão que lhe negou o acesso àquelas informações levando o assunto para conhecimento e nova decisão da Comissão de Etica Médica da Instituição ou ao Conselho Regional de Medicina.

3. "É necessário uma autorização formal (documento)

por parte dos pacientes, em relação à utilização dos dados clínicos desses mesmos pacientes atendidos por um médico em um determinado serviço de assistência médica, caso ele não mais trabalhe ao serviço do atendimento de origem, e queira continuar utilizando esses dados numa tese clínica de pós-graduação?"

R: A autorização necessária é a do responsável pelo serviço, desde que o arquivo pertence à Instituição, Ao paciente pertencem os exames subsidiários, mas o profissional pode copiar o resultado dos exames na ficha clínica. Desta forma, os pacientes não precisam fornecer autorização, desde que se obedeçam as normas do segredo médico.

4. "É necessário reexaminar em outro serviço ou consultório, os pacientes atendidos anteriormente pelo médico em um serviço ao qual ele não mais pertence, caso queira usar esses dados clínicos em uma tese de pós graduação?"

R: A questão é de difícil resposta, considerando-se que o momento do reexame não seria o mesmo do primeiro exame, e, portanto, os dados seriam diferentes e de validade duvidosa para a pesquisa. A resposta deverá ser completada naquela do quesito 05.

5. "É ético convocar pacientes atendidos por um médico em um serviço de assistência médica ao qual ele não mais pertence, para serem revistos em outro serviço, com a finalidade de atualização de dados clínicos para serem usados numa tese de pós-graduação?"

R.:Não é lícito ou ético ao médico "convocar" os pacientes. Porém, poderá, se for autorizado pela Instituição, convidá-los ou procurá-los, informando-os amplamente das finalidades científicas que devem nortear a realização dos novos exames.

Portanto, o médico depende da aquiescência da Instituição e da colaboração e anuência espontâneas do paciente. Jamais poderá "convocá-lo", pois caracterizar-se-ia, talvez, constrangimento, porquanto o novo exame tem — só e só — interesse científico.

6. "É ético comunicar por correspondência aos pacientes atendidos por um médico em um determinado serviço, o seu novo endereço, caso ele se desvincule desse serviço?"

R: Não é ético, desde que os pacientes pertencem à Instituição ou ao serviço e não ao profissional que alí trabalha com vínculo empregatício.

7. "Caso o médico responsável por uma tese de pós-graduação precise de algum dado de prontuário de seus pacientes, mas ele não mais trabalha no serviço onde esses pacientes foram por ele atendidos, esse médico tem direito à essa informação ou o

serviço pode bloquear a informação ao médico? "

R: A resposta a este quesito está contida na resposta à questão 02.

Finalmente, dada a importância que atribuímos a este princípio, entendemos que, no caso de pesquisa clínica ética, de qualquer natureza e com qualquer finalidade, com qualquer objeto da pesquisa, jamais devem ser impostas despesas pecuniárias aos pacientes. Todo ônus deverá caber, sempre, ao profissional ou Instituição responsável pela pesquisa.

Este é o nosso parecer, s.m.j.

São Paulo, 01 de julho de 1985.

Cons. Fernando L.C. e Silva

Processo Consulta nº 1575-15/85.

DIVULGAÇÃO DE NOTÍCIAS

Antes de fazer publicidade ou declarações à órgãos de divulgação, reveja as normas publicas nos "ARQUIVOS".

Artigo 68 - Fazer publicidade em desacordo com a legislação vigente e com as normas do Conselho Federal de Medicina.

REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA

CURSO NO EXTERIOR

RESOLUÇÃO Nº 03 DE 10 DE JUNHO DE 1985.

Dispõe sobre a revalidaçãode diplomas e certificados de cursos de graduação e pós-graduação expedidos por estabelecimentos estrangeiros de ensino superior.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO

QUEM DEVE E PODE FAZER

O Presidente do Conselho Federal de Educação, no uso de suas atribuições legais e nos termos do Parecer no. 256/85, homologado pelo Exmo. Senhor Ministro de Estado da Educação,

RESOLVE:

Art. 1º - Os diplomas e certificados de cursos de graduação e pós-graduação expedidos por estabelecimentos estrangeiros de ensino superio, serão declarados equivalentes aos que são concedidos no País e hábeis para os fins previstos em Lei, mediante devida revalidação por instituição brasileira, nos termos da presente Resolução.

Art. 2º - São suscetíveis de revalidação os diplomas e certificados que correspondam, quanto ao currículo, aos títulos ou habilitações conferidas por instituições brasileiras, entendida a equivalência em sentido amplo, de modo a abranger áreas congêneres, similares ou afins, aos que são oferecidos no Brasil.

Parágrafo Único. A revalidação é dispensável nos casos previstos em acordo cultural entre o Brasil e o país de origem do diploma ou certificado, subsistindo, porém a obrigatoriedade do registro, quando este for exigido pela legislação brasileira.

Art. 3º - São competentes para processar e conceder as revalidações:

I) de diplomas e certificado de graduação, as universidades reconhecidas e as instituições isoladas federais de ensino superior, que ministram cursos reconhecidos correspondentes aos referidos nos títulos estrangeiros;

II) de diplomas e certificados de pós-graduação, as universidades reconhecidas e instituições isoladas federais de ensino superior que mantenham cursos de pós-graduação credenciados em área de conhecimento idêntica ou afim e no nível igual ou superior ao do título estrangeiro.

Art. 4.º - O processo de revalidação será instaurado mediante requerimento do interessado, acompanhado de cópia do diploma ou certificado a ser revalidado e instruído com documentos referentes à instituição de origem, duração e currículo do curso e histórico escolar do candidato, todos autenticados pela autoridade consular e acompanhados de tradução oficial.

Parágrafo Único. Aos refugiados que não possam exibir seus diplomas e currículos será permitido o suprimento pelos meios de prova em direito permitidos.

Art. 5.º - O julgamento da equivalência, para efeito de revalidação, será feito por uma Comissão, especialmente designada para tal fim, constituída de professores da própria instituição ou de outros estabelecimentos, que tenham a qualificação compatível com a área do conhecimento e com o nível do título a ser revalidado.

Art. 6o - A Comissão de que trata o Artigo anterior deverá examinar, entre outros, os seguintes aspectos:

I) qualificação conferida pelo título e adequação da documentação que o acompanha;

II) correspondência do curso realizado no exterior com o que é oferecido no Brasil.

Parágrafos Único. A Comissão poderá solicitar informações ou documentação complementares que, a seu critério, forem consideradas necessárias.

Art. 7.º - Quando surgirem dúvidas sobre a real equivalência dos estudos realizados no exterior aos correspondentes nacionais, poderá a Comissão determinar que o candidato seja submetido a exames e provas, destinados à caracterização dessa equivalência e prestados em Língua Portuguesa.

§ 1.º - No caso de cursos de graduação, os exames de provas versarão sobre as matérias incluídas nos currículos mínimos dos cursos correspondentes no Brasil, ou, na ausência destes, nos planos de cursos aprovados pelo Conselho Federal de Educação.

§ 2º - Quando a comparação dos títulos e os resultados dos exames e provas demonstrarem o não preenchimento das condições exigidas para revalidação, deverá o candidato realizar estudos complementares na própria instituição ou em outra em que se ministre curso correspondente.

§ 3.º - Em qualquer caso, exigir-se-á que o candidato haja cumprido ou venha a cumprir os requisitos mínimos prescritos para os cursos brasileiros correspondentes.

Art. 8.º - A Comissão elaborará relatório circunstanciado sobre os procedimentos adotados e, com base no atendimento às exigências estabelecidas para o reconhecimento de equivalência, emitirá parecer conclusivo sobre a viabilidade da revalidação pretendida, a ser homologada pelo órgão competente na estrutura da instituição.

Art. 9.º - Da decisão caberá recurso para o colegiado superior da univer-

sidade ou instituição isolada, no prazo estipulado em regimento, e, do julgamento deste, para o Conselho Federal de Educação, dentro de 30 dias.

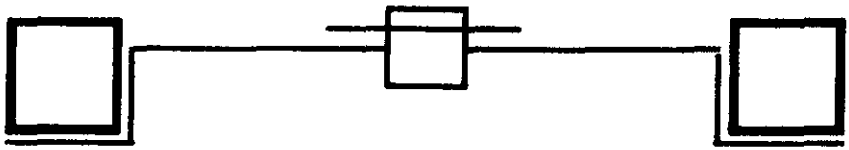
Art. 10 - Concluído o processo, o diploma ou certificado revalidado será apostilado e seu termo de apostila assinado pelo dirigente da instituição revalidante, devendo, subseqüentemente, proceder-se conforme o previsto na legislação para os títulos conferidos por instituições de ensino superior brasileiras.

Parágrafo Único. A instituição revalidante manterá registro, em livro próprio, dos diplomas e certificados apostilados.

Art. 11 - As instituições interessadas deverão fixar normas específicas para disciplinarem o processo de revalidação, ajustando-as à presente Resolução.

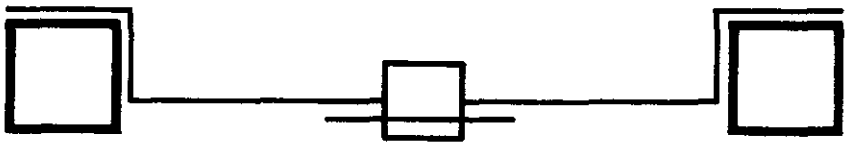
Art. 12 - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as Resoluções nos. 43 e 44/75 deste Conselho e demais disposições em contrário.

Paulo Nathanael Pereira de Souza
(Of. no. 406/85)



Código Brasileiro de Deontologia Médica
Artigo 69

Anunciar títulos científicos que não possa comprovar, ou especialidade nas quais não esteja inscrito no Registro de Qualificação de Especialista do Conselho Federal de Medicina".



TODO HOSPITAL DEVE TER E REGISTRAR NO CRM

Regimento interno
Regulamento do corpo clínico
Regulamento da comissão de ética

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.124/83

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

CONSIDERANDO que o artigo 28 do Decreto nº 20.931 de 11 de janeiro de 1932 estabelece que os estabelecimentos de saúde devem ter seu Corpo Clínico;

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

RESOLVE:

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

Art. 2º – Para o exato cumprimento do disposto no inciso anterior, o Regimento Interno do estabelecimento disciplinará o processo de admissão e o de exclusão dos membros do Corpo Clínico.

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

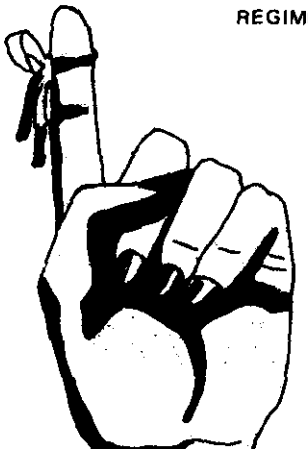
Rio de Janeiro, 29 de agosto de 1983.

MURILLO BASTOS BELCHIOR
Presidente

JOSÉ LUIZ GUIMARÃES SANTOS
Secretário-Geral

Curitiba, 31 de janeiro de 1985

Nota: os grifos são da redação



Os hospitais e empresas de saúde estão obrigados a apresentá-lo para registro no CRM.

CAPÍTULO I

DA CONCEITUAÇÃO

Art. 1º - O Corpo Médico: é um órgão constituído por grupos de médicos destinados à execução de serviços segundo as finalidades do Hospital.

§ 1º - O Corpo médico é responsável pelo tratamento de todos os pacientes que procurem o Hospital, devendo manter um alto padrão moral, técnico e científico para consecução de sua finalidade.

§ 2º - O elo do Corpo Médico com a Direção do Hospital será através do Diretor Médico, cuidando-se que o Regimento do Corpo Médico esteja claramente previsto no ato constitutivo da entidade médico-hospitalar ou no seu Regimento Interno.

Art. 2º - A Direção do Hospital assegurará aos membros do Corpo Médico plena autonomia profissional.

Parágrafo único - Os membros do Corpo Médico respondem civil, penal e eticamente por seus atos profissionais.

Art. 3º - Os membros do Corpo Médico obedecerão, nas suas relaçõs individuais e coletivas, as normas do Código Brasileiro de Deontologia Médica.

CAPÍTULO II

DOS GRUPOS MÉDICOS

Art. 4º - O Corpo Médico, * respeitadas as particularidades de cada hospital, poderá ser composto dos seguintes grupos de médicos:

a - beneméritos;
b - honorários;
c - contratados;
d - temporários;
e - efetivos;
f - consultores;

g - cortesia;
h - residentes;
i - estagiários.

Para efeito deste regimento, entende-se por CORPO CLÍNICO, um grupo funcional constituído pelo CORPO MÉDICO e outras áreas técnicas afins (enfermagem, nutrição, fisioterapia, odontologia, etc.) O CORPO CLÍNICO é chefiado pelo DIRETOR TÉCNICO (DIRETOR CLÍNICO), o qual é o principal responsável pelo funcionamento do Hospital.

Art. 5º - São membros do Grupo de Beneméritos os profissionais que, com quinze ou mais anos de serviços prestados no Hospital, deixem a efetividade de suas funções.

Art. 6º - São membros do Grupo de Honoários os profissionais que, por relevantes serviços ao hospital, ou por seu valor pessoal e profissional, gozem merecido conceito.

§ 1º - Para concessão de título de Membro Honorário, o Diretor Clínico submeterá a indicação, acompanhada de exposição de motivos e "Curriculum Vitae" do indicado ao Corpo Médico, que a apreciará resolvendo pela maioria absoluta de seus membros.

§ 2º - Aprovada a indicação, será encaminhada a Direção do Hospital para concessão do título.

Art. 7º - São membros do Grupo de Contratados os profissionais admitidos pela Direção do Hospital de acordo com a legislação trabalhista e as normas previstas neste Regimento.

Art. 8º - São membros do Grupo Temporários os profissionais autorizados à prática de sua especialidade, por prazo determinado, pela Diretoria do Hospital, satisfeitas as condições de admissão.

Art. 9º - São membros do Grupo de Efetivos os profissionais admitidos como Membros Temporários, satisfeitas as condições de admissão.

Art. 10º - São membros do Grupo de Consultores os profissionais de reconhecida capacidade que aceitem colaborar, quando solicitados, com o Corpo Médico na forma deste Regimento.

Art. 11 - São membros do Grupo Cortesia os profissionais que tenham o pedido de internação de seus pacientes, autorizado pela Direção do Hospital.

Art. 12 - São membros dos Grupos de Residentes e Estagiários os profissionais vinculados à programação do Ensino e Treinamento.

CAPÍTULO III

DOS SERVIÇOS MÉDICOS

Art. 13 - O hospital manterá os serviços médicos necessários ao preenchimento de suas finalidades em regime de internamento e/ou ambulatorial.

Art. 14 - Por sugestão do Diretor Médico, a Direção do Hospital, conforme as necessidades, poderá criar novos serviços.

Art. 15 - Cada serviço terá na sua direção um chefe.

Parágrafo único - Sob a direção de cada Chefe, trabalham tantos médicos quantos sejam julgados necessários pelo Corpo Médico.

Art. 16 - Os hospitais que não tenham serviços específicos de URGÊNCIA MÉDICA, mesmo assim estão obrigados a prestar os primeiros socorros e sendo o encaminhamento posterior mais adequado para o caso.

Parágrafo único - Esse encaminhamento deerá sempre ser feito por médico.

CAPÍTULO IV

DA DIREÇÃO

Art. 17 - O Corpo Médico será dirigido pelo Diretor Médico, assessorado pelos Chefes de Serviços e Comissões permanentes e temporárias.

§ 1º - O Diretor Médico está subordinado ao Diretor Clínico (Diretor Técnico), podendo exercer, concomitantemente, ambas as funções, respeitadas as peculiaridades do Hospital.

§ 2º - As nomeações do Diretor Médico e Chefes de Serviços são da competência do Diretor do Hospital, escolhidos em lista tríplice pelo Corpo Médico.

§ 3º - As Comissões tanto permanentes como temporárias serão nomeadas pelo Diretor Médico, sendo a de Ética eleita pelos membros efetivos do Corpo Médico.

Art. 18 - O Diretor Médico, independentemente do cargo, poderá continuar no exercício de suas atividades profissionais normais.

CAPÍTULO V
DAS ATRIBUIÇÕES, DIREITOS E DEVERES

Art. 19 - Ao Corpo Médico compete:

a) prestar assistência a todos os pacientes que procuram o Hospital, respeitadas as suas finalidades;

b) manifestar-se a respeito da admissão de médico ao Corpo Médico;

c) decidir sobre punição de médico, conforme o disposto no Capítulo VII;

d) colaborar em investigação e pesquisa científica;

e) participar na educação sanitária da população;

f) colaborar nos programas de treinamento do pessoal do hospital;

g) desenvolver o espírito de unidade e congraçamento entre seus membros, a fim de conseguir a melhor qualidade do serviço profissional;

h) proporcionar oportunidades educacionais dentro do hospital à todos seus componentes, fazendo realizar cursos, estágios, especialização, etc.;

i) ajudar a educação profissional dos médicos residentes, dos estudantes de Medicina, de Enfermagem, de Nutrição e de Assistência Social,etc.;

j) contribuir para o aprimoramento dos padrões profissionais.

Art. 20 - Ao Diretor Médico compete:

a) dirigir e coordenar as atividades básicas do hospital em colaboração com seu Diretor Clínico;

b) zelar e ressaltar no "Corpo Médico" o sentimento de responsabilidade profissional;

c) desenvolver o espírito de crítica científica;

d) tomar conhecimento, para as providências necessárias de todas as solicitações do Corpo Médico;

e) encaminhar ao Diretor Clínico e ao Diretor do Hospital as sugestões do Corpo Médico;

f) cientificar à Direção do Hospital, das irregularidades que se observarem em relação à ordem, ao asseio e à disciplina nos diversos serviços;

g) organizar as equipes de médicos, para os atendimentos médicos.

h) disciplinar a liberação de informações médicas ao público em relação ao diagnóstico e tratamento dos doentes, consultando, se necessário, a Comissão de Ética. As informações de caráter legal serão encaminhadas ao Serviço de Documentação Médica.

i) proibir a utilização das histórias clínicas salvo para assuntos técnico-científicos;

j) proibir a retirada de materal técnico do hospital sem a autorização da Direção do Hospital;

l) cientificar ao Diretor do Hospital das irregularidades que se relacionam com a boa ordem, asseio e a disciplina hospitalar, nos diversos serviços;

m) encaminhar relação de faltas e substituições no Corpo Médico do Hospital;

n) convocar as sessões ordinárias e extraordinárias;

o) apresentar ao Diretor Clínico e/ou ao Diretor do Hospital o relatório anual das atividades médicas;

p) nomear as Comissões permanentes e temporárias do Corpo Médico;

q) cumprir e fazer cumprir os Estatutos do hospital, do presente Regimento e zelar pelo cumprimento do Código Brasileiro de Deontologia Médica.

Art. 21 - Ao Chefe de Serviços compete:

a) a supervisão e a orientação médica de serviço;

b) organizar o serviço a seu cargo, de tal maneira que os pacientes recebam

assistência eficiente contínua;

c) elaborar ou determinar a elaboração do prontuário médico de cada paciente, de acordo com as normas aprovadas pela Administração do Hospital;

d) verificar a correta internação de pacientes nas enfermarias dos respectivos serviços;

e) promover reuniões periódicas dos médicos que frequentam o Serviço, procurando resolver os casos clínicos, assim como estudando os prontuários e tudo que se relacione com uma melhor assistência aos enfermos e com o aperfeiçoamento técnico;

f) estimular o espírito de iniciativa entre seus auxiliares e de cooperação com os demais Serviços do hospital e sua Administração;

g) comunicar ao Chefe do "Corpo Médico" as falhas eventualmente constatadas, a fim de ser mantida a boa ordem do serviço com as providências adequadas a tomar;

h) cumprir e fazer cumprir os Estatutos do Hospital e o Regimento do Corpo Médico;

i) dar ciência ao Diretor Médico sobre o andamento do serviço e sobre problemas e soluções das tarefas correspondentes ao cargo;

j) supervisionar, dentro dos princípios éticos, a conduta profissional dos membros de sua clínica.

CAPÍTULO VI

DA ADMISSÃO E EXCLUSÃO

Art. 22 - As admissões e exclusões dos membros do Corpo Médico deverão obedecer as normas administrativas, com a anuência do Diretor Médico e do Chefe do Serviço.

Parágrafo único - Casos conflitantes serão resolvidos pela Assembléia do Corpo Médico.

CAPÍTULO VII

DAS PENALIDADES

Art. 23 - As transgressões a este Regimento e ao CBDM cometidas por membros do Corpo Médico, sujeitam os infratores à seguintes penas:

a) advertência;

b) censura;

c) afastamento temporário do Corpo Médico pelo prazo de trinta dias a seis meses;

d) exclusão do Corpo Médico.

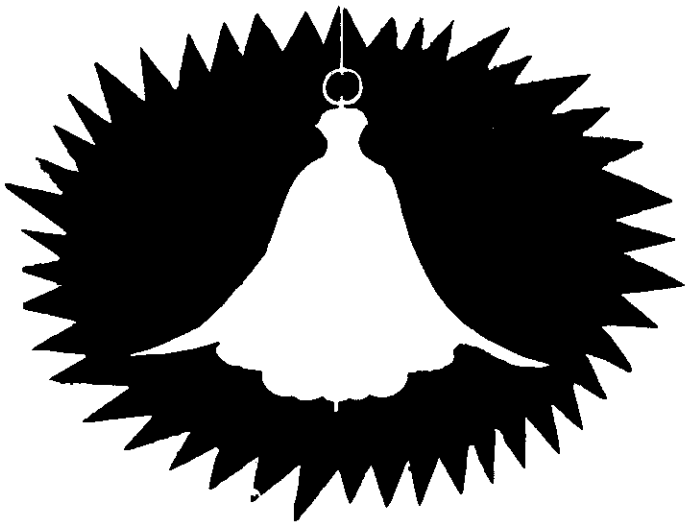
Parágrafo único - Salvo os casos de gravidade manifesta que exijam aplicação imediata de penalidade mais grave, a imposição das penas obedecerá à gradação deste artigo.

Art. 24 - Todo o processo de averiguação se dá mediante sindicância, regularmente processada pela Comissão de Ética, assegurando-se ao acusado o mais amplo direito de defesa.

Art. 25 - A aplicação das penalidades constantes das letras c e d do artigo 23, somente se aplicarão com a decisão de dois terços dos membros efetivos do Corpo Médico, em sessão e votação secreta.

Parágrafo único - No caso de indício de infração ética será remetido ao Conselho Regional de Medicina, a sindicância procedida, abstendo-se o Corpo Médico de qualquer punião antes da decisão desse Conselho.

CONSULTA



MÉDICO NATURAL DE PAIS LIMÍTROFE, DOMICILIADO EM CIDADE CONTÍGUA AO TERRITÓRIO BRASILEIRO, PODE CLINICAR NO BRASIL ?

PARECER

O estrangeiro tem a sua situação jurídica no Brasil regulada pela Lei nº. 6.815, de 19 de agosto de 1980. Neste diploma normativo estão previstas as várias formas de entrada, permanência e saída dos estrangeiros em nosso país.

Com efeito, uma das formas de admissão está regulada pelo artigo 21 e seus parágrafos da Lei supra mencionada que "in verbis" dispõe:

"Art. 21 - Ao natural de país limítrofe, domiciliado em cidade contígua ao território brasileiro, respeitados os interesses de segurança nacional, poder-se-á permitir a entrada nos municípios fronteiriços a seu respectivo país, desde que apresente prova de identidade.

§ 1º. - Ao estrangeiro, referido neste artigo, que pretenda exercer atividade remunerada ou frequentar estabelecimento de ensino daqueles municípios, **será fornecido documento especial que o identifique e caracterize a sua condição**, e, ainda, Carteira de Trabalho e Previdência Social, quando for o caso.

§ 2º. - Os documentos referidos no parágrafo anterior não conferem o direito de residência no Brasil, nem autorizam o afastamento dos limites territoriais daqueles municípios" (grifamos).

Destarte, de posse do documento especial de identificação conferido pelo Departamento de Polícia Federal, o estrangeiro fica autorizado a ingressar em território nacional nos municípios fronteiriços a seu respectivo país a fim de exercer atividade remunerada ou frequentar instituição educacional daqueles municípios.

Assim, em princípio, poder-se-ia imaginar a possibilidade do estrangeiro admitido na forma do artigo 21 da Lei nº. 6.815/80 vir exercer em território nacional qualquer tipo de atividade remunerada.

No entanto, a própria Lei nº. 6.815/80, em seu Título X, trata de traçar as restrições ao exercício da atividade remunerada pelo estrangeiro admitido no Brasil por força do artigo 21 desta mesma Lei, vedando a possibilidade de inscrever-se em entidade fiscalizadora do exercício profissional por força do disposto em seu artigo 99 - "verbis":

"Art. 99 - Ao estrangeiro titular de visto temporário e ao **que se encontre no Brasil na condição do art. 21, § 1º., é vedado** estabelecer-se com firma individual, ou exercer cargo ou função de administrador, gerente ou diretor de sociedade comercial ou civil, bem como **inscrever-se em entidade fiscalizadora do exercício de profissão regulamentada."** (grifamos)

A Constituição Federal no § 23 do seu artigo 153 garante o livre exercício de qualquer profissão a todo brasileiro e a todo estrangeiro aqui domiciliado ou residente, desde que observadas as condições de capacidade que a Lei estabelecer.

Ora, a Lei nº. 3.268, de 30 de setembro de 1957, que instituiu o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina, exige para o exercício da profissão de médico no Brasil o prévio registro do diploma no Ministério da Educação e Cultura e a inscrição no Conselho Regional de Medicina sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

Na medida em que a Lei nº. 6.815/80 - Lei dos Estrangeiros - veda aos que se encontrem no Brasil na condição do artigo 21, § 1º. a inscrição nas entidades de fiscalização da profissão, como são os Conselhos de Medicina e esta é condição essencial ao exercício legal da profissão, **concluímos que o médico natural de país limítrofe, domiciliado em cidade contígua ao território nacional, não pode exercer sua profissão em nosso País.**

Assim, ao Conselho Regional de Medicina é vedado o registro de médicos nas condições previstas no art. 21, § 1º. da Lei dos Estrangeiros, em virtude da restrição estatuída pelo art. 99 da sobredita Lei nº. 6.815/80 e o médico estará incorrendo na prática do crime previsto no artigo 282 do Código Penal - exercício ilegal da Medicina - nas infrações previstas nos artigos 124 e seguintes da Lei nº. 6.815/80.

É o parecer, s.m.j.

Rio de Janeiro, 05 de maio de 1986

Antonio Carlos Mendes
Assessor Jurídico

Cecília S. Marcelino
Assessora Jurídica

Parecer aprovado em sessão plenária do CFM em 12.06.86

? MÉDICO ESTRANGEIRO PRATICANDO OU ESTAGIANDO

O QUE FAZER?

RESOLUÇÃO CFM Nº 806/77

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,

CONSIDERANDO

1º – as consultas recebidas de diferentes Centros Médicos de vários pontos do País;

2º – o grande número de médicos formados no exterior que desejam realizar treinamento pós-graduado em nosso País;

3º – que o graduado nessas condições deve desempenhar tarefas supervisionadas sob a direção de médicos preceptores;

4º – que esses atos supervisionados estão sob a responsabilidade de profissionais legalmente habilitados, sob cujas ordens e orientação estejam servindo, estudando e praticando;

5º – que as recomendações constantes da Resolução CFM nº 663/75, também se aplicam a graduados estrangeiros que estejam estudando em nosso País;

6º – finalmente, o decidido em sessão plenária realizada no dia 29 de julho de 1977;

RESOLVE:

1º – Não fica obrigado à inscrição no quadro dos Conselhos Regionais de Medicina o médico estrangeiro que esteja no País estudando e praticando, sem responsabilidade do ato médico, supervisionado e orientado por profissional legalmente habilitado e inscrito.*

2º – O médico estrangeiro nessas condições não está autorizado ou habilitado ao exercício regular da profissão.

3º – Os Conselhos Regionais de Medicina devem, imediatamente, ser notificados pelos Centros Médicos sobre os médicos estrangeiros que nessas condições ali estejam recebendo orientação e treinamento.

Rio de Janeiro, 29 de julho de 1.977.

MURILLO BASTOS BELCHIOR
Presidente

JOSÉ GUIMARÃES SANTOS
Secretário-Geral

(Publicada no D.O.U. – Seção I – Parte II, de 11/10/77)

* Veja parecer da página 145

PODE?

INSCRIÇÃO DE MÉDICO ESTRANGEIRO EM CONSELHO DE MEDICINA E EM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA

PARECER CFM

I. PARTE EXPOSITIVA

Consulta-me a Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica sobre o seguinte caso: O DR. JUAN ANTONIO TIJIBOY, salvadorenho, graduado em Medicina, residente e domiciliado em Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul, com visto temporário que o habilita a frequentar cursos de pós-graduação, vem expor e requerer à Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica o que se segue:

1 - Aos 13/12/85 colou grau na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, diplomando-se médico.

2 - Aos 07/02/86 foi aprovado em concurso realizado pelo INAMPS, para realizar Curso de Pós-Graduação em Residência Médica de Medicina Geral Comunitária, no Hospital Nossa Senhora da Conceição, como bolsista do INAMPS.

3 - Aos 11/02/86, no momento da inscrição para o referido curso, o requerente foi informado de que tal inscrição não poderia ser realizada, por este não possuir o registro no CRM.

Não obstante as alegações do suplicante, o qual buscou apoiar-se no que preceitua a Resolução CFM nº 806/77, para conseguir o dispensa de tal requisito, ou seja, da obrigatoriedade de ter registro no Conselho Regional de Medicina, a situação permaneceu sem solução, o que motivou iniciativa do requerente junto à Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica visando obter que seja autorizada a sua inscrição no Curso em que foi aprovado.

II. PARTE ANALÍTICA

A situação ora em estudo necessita ser analisada à luz de dois diplomas legais: a **Lei 3268**, de 30.09.57, que dispõe sobre os Conselhos de Medicina e a **Lei 6815**, de 19.08.80, que define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil.

Preliminarmente temos que enfatizar, embasados nos preceitos da Lei nº 3268, que todo aquele que pretenda exercer a Medicina está obrigado a se inscrever no Conselho Regional de Medicina sob cuja jurisdição se encontrar o local de sua atividade. Esta exigência legal, abrangendo todos os médicos no exercício da profissão, inclui também, como não poderia deixar de ser, os médicos estrangeiros que, de alguma forma, aqui desenvolvam atividades médicas. Tal requisito tem por objetivo assegurar aos Conselhos de Medicina os necessários instrumentos para que, tendo sob sua égide todos os profissionais médicos, exerçam plenamente suas atribuições legais de órgãos responsáveis pela fiscalização do exercício profissional e pela promoção do perfeito desempenho ético, técnico e moral da medicina. Com efeito, é a inscrição do médico no Conselho de Medicina, ou outro ato ou anotação que lhe seja equivalente, que coloca o médico sob o poder fiscalizador,ético e judicante dessa entidade.

Ocorre que a Lei **6815, em seu Artigo 99, diz ser vedado ao estrangeiro titular de visto temporário inscrever-se em entidade fiscalizadora do exercício de profissão regulamentada.** Ou seja, o médico estrangeiro, na situação acima definida, estaria impedido de se inscrever em Conselho de Medicina. Como ficaria então a situação dos médicos estrangeiros que pretendam cursar ou estejam cursando Residência médica no Brasil? **Consoante é notório, os médicos residentes, embora devam ter suas atividades supervisionadas por médicos preceptores, também arcam com a responsabilidade, em seus aspectos éticos, civis e penais, pelos atos médicos que venham a praticar.** Não estariam portanto os médicos estrangeiros que cursam Residência Médica amparados pela Resolução CFM nº 806/77. Efetivamente esta disposição normativa refere-se àqueles que não têm a responsabilidade pelo ato médico, o que, definitivamente, não é o caso dos médicos residentes. Destes fatos decorre a exigência feita pelas entidades que oferecem Programas de Residência Médica de que seus Residentes estejam regularmente inscritos em Conselho de Medicina.

Como compatibilizar as disposições das leis supracitadas de forma a se dar uma solução satisfatória à situação dos médicos estrangeiros, com visto temporário de permanência no Brasil, interessados **em cursar Residência Médica?** O Conselho Federal de Medicina, justamente preocupado com a questão dos médicos estrangeiros que pretendam realizar Residência Médica ou outro curso de aperfeiçoamento ou especialização, aprovou em **janeiro de**

1986, parecer da sua Assessoria Jurídica, da competente lavra dos Drs. Antonio Carlos Mendes e Cecília Marcelino. O referido parecer, parte do qual transcrevemos a seguir, esclarece qual a atitude a ser seguida pelos Conselhos de Medicina, da forma que se segue:

"... Os Conselhos Regionais de Medicina ao receberem pedidos de inscrição primária feitos por médicos estrangeiros com visto temporário e que estejam cursando no Brasil residência médica, curso de especialização, de aperfeiçoamento ou outro qualquer destinado a médicos, deverão proceder da seguinte forma:

a) recebido o pedido de inscrição primária, avaliar a documentação apresentada pelo médico estrangeiro a fim de verificar, principalmente, se seu visto de permanência temporária no Brasil está em ordem e, se está efetivamente inscrito em curso de residência médica devidamente credenciada pelo MEC, especialização ou aperfeiçoamento em Medicina em estabelecimento universitário, deferindo assim o pedido.

b) deferido o pedido, o Conselho Regional emitirá uma certidão, documento este equivalente à carteira profissional conferida aos médicos brasileiros em situações equivalentes, da qual constará:

b.1) fim específico a que se presta (cursar residência médica, curso de especialização, aperfeiçoamento ou outro);

b.2) nome da instituição em que o interessado fará o curso referido. Neste ítem, convém ressaltar que a certidão conferida ao médico estrangeiro presta-se apenas para a finalidade de cursar residência médica, curso de especialização, aperfeiçoamento, sendo-lhe defeso exercer atividade remunerada, nos termos do artigo 97 da Lei nº 6.815/80, e que a bolsa de estudos paga por instituição ou entidade brasileira em virtude da residência médica não deve ser entendida como contraprestação de trabalho remunerado não afrontando, assim, o sobredito artigo 97 da Lei nº 6.815/80;

b.3) prazo de validade da certidão. Quanto a este ítem convém esclarecer que o prazo de validade da certidão conferida coincidirá, obrigatoriamente, com o prazo do denominado visto temporário, visto este concedido aos estrangeiros que venham estudar no Brasil, pela Polícia Federal. Terminado o prazo de validade do visto, a certidão perderá seus efeitos e a "inscrição" no Conselho Regional será cancelada automaticamente, a não ser que seja prorrogado o tempo de sua permanência".

Uma vez, portanto, que o médico estrangeiro ultrapasse a tramitação acima descrita e se encontre de posse da citada **Certidão**, estará com sua situação perfeitamente regularizada perante o Conselho Regional de Medicina, podendo assim cursar a Residência Médica em toda a sua plenitude. Neste caso a instituição que oferece Programas de Residência Médica não poderá obstaculizar a inscrição de tal médico em Programa de Residência Médica para o qual o mesmo tenha sido aprovado,sob a alegação de irregularidade do candidato perante o CRM, uma vez que tal irregularidade terá sido amplamente sanada.

III. CONCLUSÃO

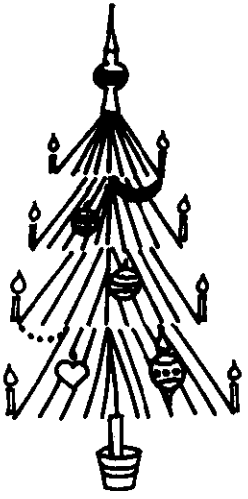
Com base no que foi exposto concluímos que **a Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica deve oficiar ao Hospital Nossa Senhora da Conceição, de Porto Alegre - RS, comunicando que o Dr. Juan Antonio Tijiboy, uma vez que preencha os requisitos exigidos pelo Conselho Regional de Medicina e consiga** do referido Conselho a certidão comprobatória da regularidade de sua situação perante a entidade fiscalizadora, terá superado o impedimento à sua inscrição no Programa de Residência Médica de Medicina Geral Comunitária, inscrição esta que deverá ser, então prontamente efetuada.

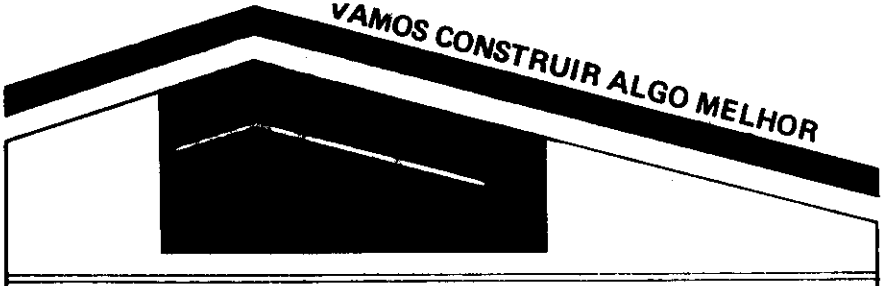
É o nosso parecer, s.m.j.

Fortaleza, 28 de abril de 1986

Dr. Ivan de Araújo Moura Fé
Representante do CFM na CNRM

Parecer aprovado em sessão plenária em 12/06/86.





REGISTRO DE EMPRESAS

Diretor clinico de empresa pode ser punido?

LEI Nº 6.839, DE 30 DE OUTUBRO DE 1980

Dispõe sobre o registro de empresas nas entidades fiscalizadoras do exercício de profissões.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faz saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º — O registro de empresas e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas encarregados, serão obrigatórios nas entidades competentes para a fiscalização do exercício das diversas profissões, em razão da atividade básica ou em relação àquela pela qual prestem serviços a terceiros.

Art. 2º — Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º — Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 30 de outubro de 1980; 159º da Independência e 92º da República.

JOÃO FIGUEIREDO

Murillo Macedo

Se a empresa que você dirige ou na qual você trabalha não está ainda registrada no CRM, o Diretor Clínico ou Técnico e você, estão em situação irregular. Procure regularizar sua situação. Consulte-nos.

Sabe como vou conhecer tudo isto?... Lendo

Propaganda?

DECRETO-LEI Nº 4.113 - DE 14 DE FEVEREIRO DE 1942

Regula a propaganda de médicos, cirurgiões dentistas, parteiras, massagistas, enfermeiros, de casas de saúde e de estabelecimentos congêneres, e a de preparados farmacêuticos.

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o art. 180 da Constituição, decreta:

DOS MÉDICOS E CIRURGIÕES DENTISTAS

Art. 1º É proibido aos médicos anunciar:

I — cura de determinadas doenças, para as quais não haja tratamento próprio, segundos os atuais conhecimento científicos;

II — tratamento para evitar a gravidez, ou interromper a gestação, claramente ou em termos que induzam a estes fins;

III — exercício de mais de duas especialidades, sendo facultada a enumeração de doenças, órgãos ou sistemas compreendidos na especialização;

IV — consultas por meio de correspondência, pela imprensa, caixa postal, rádio ou processos análogos;

V — especialidade ainda não admitida pelo ensino médico, ou que não tenha tido a sanção das sociedades médicas;

VI — prestação de serviços gratuitos, em consultórios particulares;

VII — sistematicamente, agradecimentos manifestados por clientes e que atentem contra a ética médica;

VIII – com alusões detratoras a escolas médicas e a processos terapêuticos admitidos pela legislação do país;

IX – com referências a métodos de tratamento e diagnóstico não consagrados na prática corrente ou que não tenham tido a sanção das sociedades médicas;

X – atestados de cura de determinadas doenças, para as quais não haja tratamento estabelecido, por meio de preparados farmacêuticos.

§ 1º As proibições deste artigo estendem-se, no que for aplicável, nos cirurgiões dentistas.

§ 2º Não se compreende nas proibições deste artigo anunciar o médico ou o cirurgião dentista seus títulos científicos, o preço da consulta, referências genéricas à aparelhagem (raio X, rádio, aparelhos de eletricidade médica, de fisioterapia e outros semelhantes); ou divulgar, pela imprensa ou pelo rádio, conselhos de higiene e assuntos de medicina ou de ordem doutrinária, sem caráter de terapêutica individual.

DAS PARTEIRAS, DOS MASSAGISTAS E ENFERMEIROS

Art. 2º É proibido às parteiras, aos massagistas e aos enfermeiros fazer referências e tratamentos de doenças ou de estado mórbido de qualquer espécie.

Art. 3º As parteiras, os massagistas, e os enfermeiros estão obrigados a mencionar em seus anúncios o nome, título profissional e local onde são encontrados.

DAS CASAS DE SAÚDE, DOS ESTABELECIMENTOS MÉDICOS E CONGÊNERES

Art. 4º É obrigatório, nos anúncios de casa de saúde, estabelecimentos médicos e congêneres, mencionar a direção médica responsável.

DOS PREPARADOS FARMACÊUTICOS

Art. 5º É proibido anunciar, fora dos termos dos respectivos relatórios e licenciamentos, produtos em especialidades farmacêuticas e medicamentos:

I – que tenham sido licenciados com a exigência da "venda sob terceira médica", sem esta declaração;

II – que se destinem ao tratamento de lepra, da tuberculose, da sífilis, do câncer e da blenorragia;

III – por meio de declarações de cura, firmadas por leigos;

IV – por meio de indicações terapêuticas, sem mencionar o nome do produto, e que insinuem resposta, por intermédio de caixas postais ou processo análogo;

V – apresentando-os com propriedades anti-concepcionais ou abortivas, mesmo em termos que induzam indiretamente a estes fins;

VI – com alusões detratoras ao clima e ao estado sanitário do país;

VII – consignando-se indicações de uso para sintomas ou para conservação de órgãos normais, com omissão dos termos dos respectivos relatórios e licenciamentos;

VIII – com referências preponderantes ao tratamento da impotência;

IX – por meio de textos contrários aos recursos atuais da terapêutica, induzindo o público a um ato tratamento;

X – exibindo-se gravuras com deformações físicas, dísticos ou artifícios gráficos indecorosos ou contrários à verdade na exposição dos fatos;

XI – fazendo-se referências detratoras aos que lhes são concorrentes;

XII – com promessa de recompensa aos que não tiverem resultados satisfatórios com o seu uso.

Art. 6º É permitido anunciar preparados farmacêuticos, sem prévia autorização do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, respeitados os termos dos respectivos relató-

rios e licenciamentos.

§ 1º Os preparados intitulados "depurativos" deverão conter a indicação obrigatória da sua finalidade – "medicação auxiliar no tratamento de sífilis".

§ 2º Os produtos intitulados "reguladores", assim como os preparados destinados ao tratamento das afecções e empregados na higiene dos órgãos genitais, não poderão fazer referências a propriedades anticoncepcionais ou abortivas.

Art. 7º É facultado submeter-se à prévia aprovação do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina o anúncio de preparado farmacêutico, para a venda livre que saia dos termos dos respectivos relatórios e licenciamentos.

Parágrafo único. O texto aprovado será válido para todo o território nacional, devendo, porém, o anunciante exibir a aprovação do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, com respectivos números de ordem e data, quando reclamada pela autoridade competente, ou pelos órgãos de publicidade interessados.

Art. 8º Os anunciantes, em geral, poderão compreender textos educativos.

DAS PENALIDADES

Art. 9º Verificando que o anúncio contraria as disposições da lei, a autoridade sanitária encarregada da fiscalização do exercício da medicina e da farmácia intimará o anunciante a observá-las dentro do prazo de 30 dias.

§ 1º Neste prazo, poderá o interessado pedir a reconsideração, decidindo a autoridade no prazo de 30 dias. Se a reconsideração for negada, poderá recorrer à autoridade superior dentro de 10 dias contados da publicação do indeferimento.

§ 2º Se, decorridos os trinta dias, continuar a ser publicado o anúncio, apesar de negada a reconsideração ou de não provido o recurso, será imposta ao infrator, pela autoridade que o intimara ao cumprimento da lei, a multa de 100$0 a 1:000$00, elevada ao dobro na reincidência.

§ 3º Conta a imposição da multa caberá recurso, dentro de 10 dias, para o Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde, que deverá decidí-lo no prazo de trinta dias contados de quando houver sido interposto.

§ 4º A autoridade sanitária que impuser definitivamente a multa, providenciará junto ao Departamento de Imprensa e Propaganda para que, na parte que lhe competir promova a suspensão do anúncio.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10. Esta lei entrará em vigor em todo o território nacional na data da sua publicação, ficando assegurada pelo prazo de 60 dias a publicidade que vem sendo admitida.

Parágrafo único. As disposições deste decreto, não se aplicam às publicações técnico-científicas, assim consideradas pelos órgãos competentes.

Art. 11. Revogam-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 14 de fevereiro de 1942, 121º da Independência e 54º da República.

GETÚLIO VARGAS
Gustavo Capanema

Nota: Releia as normas de propaganda do CFM em Arquivos nº 1.

SEU HOSPITAL JÁ CONSTITUIU A "COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR"?

NÃO NEGLIGENCIE UM ATO TÃO IMPORTANTE E DE LEI

1 – LEGISLAÇÃO BÁSICA SOBRE INFECÇÃO HOSPITALAR

1.1 PORTARIA Nº 196, DE 24 DE JUNHO DE 1983

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

CONSIDERANDO que as infecções hospitalares podem causar significativos danos à clientela dos serviços de saúde;

CONSIDERANDO que o seu equacionamento envolve medidas que, basicamente, devem ser tomadas a nível do hospital, abrangendo a sua estrutura e funcionamento;

CONSIDERANDO que, de acordo com a Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, ao Ministério da Saúde, como órgão normativo do Sistema Nacional de Saúde, cabe elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde (Art. 1º, item I, alínea b);

CONSIDERANDO que, pelo mesmo diploma legal, ao referido Sistema compete a fiscalização sanitária sobre as condições de exercício das profissões e ocupações técnicas e auxiliares relacionadas diretamente com a saúde (Art. 1º, item I, alínea j);

CONSIDERANDO que, no exercício dessa fiscalização, deverão os órgãos estaduais de saúde observar, entre outros requisitos e condições, a adoção, pela instituição prestadora de serviços, de meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, clientes, pacientes e circunstantes (Decreto nº 77.052, de 19 de janeiro de 1976, Art. 2º, item IV);

CONSIDERANDO que, por força do disposto no artigo 7º do decreto acima mencionado, o Ministério da Saúde orientará e providenciará sobre a exata aplicação do disposto em seu texto e das demais normas legais e regulamentares pertinentes ao assunto;

CONSIDERANDO a necessidade de elaboração de normas técnicas sobre a prevenção de infecções hospitalares, para balizar a atividade fiscalizadora dos órgãos estaduais de saúde;

CONSIDERANDO, finalmente, as conclusões do Grupo de Trabalho, instituído pela Resolução CIPLAN nº 2, de 31 de janeiro de 1983,

RESOLVE:

1º — Expedir, na forma dos anexos, instruções para o controle e prevenção das infecções hospitalares.

2º — A ocorrência de caso de infecção hospitalar decorrente do uso inadequado de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, em descumprimento das normas ora estabelecidas, ensejará as medidas previstas no artigo 5º do Decreto nº 77.052, de 19 de janeiro de 1976.

3º — Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, fixando-se às instituições hospitalares o prazo de 180 dias para adotarem as suas disposições.

WALDYR MENDES ARCOVERDE

ANEXO I — ORGANIZAÇÃO

1. Todos os hospitais do País deverão manter Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), independentemente da natureza da entidade mantenedora.

1.1. Os hospitais poderão articular-se no sentido da utilização recíprovca de recursos técnicos, materiais e humanos com vistas ao eficiente controle e prevenção das infecções hospitalares.

2. A Comissão deverá ser instituída, atendidas as peculiaridades de cada hospital, com a participação, em seu núcleo básico:

2.1. do serviço médico;
2.2. do serviço de enfermagem;
2.3. do laboratório de análises clínicas;
2.4. dos médicos residentes;
2.5. da farmácia hospitalar;
2.6. da administração.

3. A Comissão basicamente deverá exercer as seguintes atividades:

3.1. implantar um sistema de vigilância epidemiológica, que compreende a coleta, análise e divulgação dos dados mais significativos;

3.2. realizar treinamento em serviço;

3.3. elaborar normas técnicas complementares, de acordo com as particularidades do hospital, para a prevenção das infecções que ali comumente se verifiquem, com ênfase na regulamentação das necessidades e medidas de isolamento e acompanhamento de sua aplicação;

3.4. sugerir medidas que resultem na prevenção ou redução das infecções hospitalares;

3.5. implementar todas as medidas recomendadas e supervisionar a sua aplicação;

3.6. implantar controle do uso de antimicrobianos;

3.7. preparar para a direção do hospital folha dos casos de doenças de notificação compulsória, a ser remetida ao órgão estadual de saúde de sua jurisdição;

3.8. participar na investigação dos casos notificados, procurando identificar como o paciente adquiriu a infecção e se, ao ser notificada, já foi transmitida a outro.

(A Comissão de Divulgação sugere a leitura da lei na sua íntegra)

CONSULTA

Na real ausência de leitos, os pacientes podem ser transferidos à outro hospital?

Diretor do Hospital Cajuru pergunta:

Devido a grande procura por parte da população, o nosso hospital na grande maioria das vezes apresenta o quadro de superlotação dos seus leitos.

Pela real ausência de leitos os pacientes são obrigados a permanecer nas acomodações do Pronto Socorro, destinadas a observação após o primeiro atendimento à espera de vagas, sem as adequadas condições de internação.

Assim, solicitamos orientação a respeito dos itens abaixo:

1º) **Após confirmada a ausência de risco de vida pelo médico plantonista o paciente poderá ser encaminhado para outro hospital?**

2º) **A quem caberá a responsabilidade do encaminhamento do paciente? Ao médico plantonista ou a administração do hospital?**

3º) **A quem caberá a responsabilidade da transferência do paciente? A médico plantonista, ao Hospital ou aos familiares?**

4º) **Quais os documentos necessários para evitar o eventual risco de responsabilidade ao Corpo Médico de plantão e o hospital em caso de encaminhamento do paciente?**

PARECER

Respondendo a solicitação, entendemos que:

1º) Efetivamente após confirmada a ausência de risco de vida pelo médico plantonista o paciente poderá ser encaminhado para outros hospital.

2º) A responsabilidade do encaminhamento cabe ao médico plantonista, o qual já elaborou um diagnóstico e considerou a ausência de risco de vida.

3º) A responsabilidade da transferência, entendida aqui como transporte do paciente, caberá ao responsável pelo mesmo, dependendo da sua condição clínica, avaliada por médico no momento de deixar o hospital.

4º) O encaminhamento do paciente deverá ser acompanhado do relatório, com exames complementares e diagnóstico.

Deve o médico encaminhante claramente se identificar,usando também número do seu CRM.

Essa documentação deverá ser colocada em envelope, o qual será fechado, endereçado ao médico nominalmente, ou ao médico sob cuidados do Hospital. Frontalmente o envelope deverá conter em destaque a palavra "CONFIDENCIAL", com o que se preservará o sigilo profissional.

É o nosso parecer.

Curitiba, 11 de agosto de 1986

CONS. DUILTON DE PAOLA
Aprovado em sessão plenária em 18.08.86.

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 1.088, de 9 de novembro de 1982.

Rio de Janeiro, 16 de abril de 1985

GABRIEL WOLF OSELKA
Presidente

ANA MARIA CANTALICE LIPKE
Secretária-Geral

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES

EMPRESAS, INSTITUIÇÕES OU ENTIDADES VEJAM AS INSTRUÇÕES PARA O SEU REGISTRO NO CRM

PROVIDENCIE JÁ SUA REGULARIZAÇÃO

CAPÍTULO I

REGISTRO E CADASTRAMENTO

Art. 1º – As empresas, entidades ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares estão obrigadas ao registro no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição territorial, nos termos do art. 1º, da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980.

Art. 2º – As empresas e as instituições mantenedoras de ambulatórios, cuja atividade básica não seja a prestação de serviços médico-hospitalares, bem como os estabelecimentos hospitalares ou de saúde mantidos pela União, Estados-Membros, Municípios, suas autarquias e fundações deverão cadastrar-se nos Conselhos Regionais de Medicina, consoante a Resolução CFM nº 997, de 23 de maio de 1980.

Art. 3º – A obrigatoriedade do registro e do cadastramento abrange também a filial, a sucursal, a subsidiária, ambulatórios e todas as unidades de atendimento médico.

Art. 4º – O registro ou o cadastramento da empresa, instituição, entidade ou estabelecimento deverá ser requerido pelo responsável médico, em formulário próprio, dirigido ao Conselho Regional de Medicina competente.

§ 1º – Entende-se por registro a obrigatoriedade das empresas, entidades ou instituições formalizarem a sua vinculação ao Conselho Regional de Medicina nos termos da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980, para fins de fiscalização dos serviços médico-hospitalares, nos termos da Lei.

§ 2º – Compreende-se por cadastro a obrigatoriedade das empresas, entidades, órgãos ou instituições formalizarem a sua vinculação ao Conselho Regional de Medicina, nos termos da Resolução CFM nº 997, de 23 de maio de 1980, para fins de fiscalização dos serviços médico-hospitalares, nos termos da Lei.

Art. 5º – Do requerimento deverá constar, pelo menos:

I. nome e/ou razão social;

II. endereço completo;

III. natureza e data do início das atividades;

IV. capital social registrado, quando for o caso;

V. nome do proprietário, dos sócios, acionistas, diretores e gerentes;

VI. nome do responsável médico e o número de sua inscrição no CRM;

VII. número de inscrição no CGC.

§ 1º – A alteração de qualquer dos dados deverá ser comunicada ao Conselho Regional de Medicina competente, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data da alteração, sob pena de sanção.

§ 2º – Os formulários constarão de anexos à presente instrução.

Art. 6º – O requerimento deverá ser instruído, conforme a natureza da empresa, entidade ou instituição, no mínimo, com a seguinte documentação:

I. Ficha de declaração de dados, devidamente preenchida;

II. Instrumento de constituição com as respectivas alterações;

III. Regimento Interno do corpo clínico do estabelecimento;

IV. Comprovante de pagamento da taxa de inscrição e da anuidade do exercício.

Art. 7º – A regularidade do registro ou do cadastro da empresa, instituição, entidade ou estabelecimento é dada pelo Certificado de Registro ou de Cadastro, acompanhado da declaração de situação expedida anualmente.

§ único – O Certificado de Registro ou de Cadastro terão as características constantes dos modelos em anexo.

CAPÍTULO II

DAS ANUIDADES, EMOLUMENTOS E TAXAS

Art. 8º – Nos termos da Lei nº 6.994, de 26 de maio de 1982 e respectivo regulamento aprovado pelo Decreto nº 88.147, de 8 de março de 1983, as empresas, entidades ou instituições previstas no art. 1º, estão obrigadas ao pagamento das anuidades, emolumentos e taxas ao Conselho Regional de Medicina com jurisdição territorial sobre a sua sede ou estabelecimento, a saber:

I. de registro;

II. a anuidade.

§ único – O pagamento dos emolumentos, taxas e anuidades será feito mediante guia própria fornecida pelo Conselho Regional de Medicina.

Art. 9º – A anuidade poderá ser paga até o dia 31 de março de cada ano, salvo a primeira, cujo comprovante de pagamento é exigido no ato de registro da empresa.

§ 1º – A falta de pagamento das anuidades e emolumentos nos prazos legais sujeitará às sanções legais previstas.

§ 2º – As empresas, entidades ou instituições que se constituírem após o mês de janeiro de cada ano, recolherão a primeira anuidade, devida com o registro, na proporção de 1/12 (um doze avos) por mês de atividade, entendendo-se o início da atividade a sua constituição, nos termos da lei.

Art. 10º - Os valores de taxas, emolumentos e anuidades, fixados de acordo com a Lei nº 6.994, de 26 de maio de 1982, são apurados da seguinte maneira:

I. De registro ..... 1(um) MVR

II. De anuidade, segundo as classes do capital social, a saber:

até 500 MVR ..... 2 MVR
acima de 500 até 2.500 MVR ..... 3 MVR
acima de 2.500 até 5.000 MVR ..... 4 MVR
acima de 5.000 até 25.000 MVR ..... 5 MVR
acima de 25.000 até 50.000 MVR ..... 6 MVR

acima de 50.000 até 100.000 MVR 8MVR
acima de 100.000 MVR ..... 10 MVR

Art. 11º - Quando situadas na jurisdição do Conselho Regional de Medicina e, pois, dentro do Estado, a anuidade devida é calculada sobre o total do capital social, independentemente do número de filiais, representações ou estabelecimentos.

Art. 12º - Às empresas possuidoras de filiais, estabelecimentos ou representantações aplica-se a tabela prevista no art. 1º, § 1º, "b", da Lei nº 6.994/82, limitando-se a anuidade das filiais, representações ou estabelecimentos, à metade do valor da anuidade paga pela matriz ou estabelecimento-sede, segundo o § 3º, do art. 1º, daquele Diploma Legal.

Art. 13º - As entidades e instituições beneficentes e filantrópicas não estão isentas e, assim, recolherão as anuidades com base no valor mínimo previsto na alínea "b", do § 1º, do art. 1º, do Decreto nº 88.147, de 8 de março de 1983.

CAPÍTULO III

DO RESPONSÁVEL MÉDICO

Art. 14º - Compete ao responsável médico ou diretor-clínico, além de suas atribuições profissionais, zelar para a garantia plena do exercício da Medicina tendo por escopo a saúde, física e mental do paciente, bem como as condições materiais e intelectuais da prestação dos serviços médico-hospitalares e serviços auxiliares e de apoio.

Art. 15º - A responsabilidade médica ou clínica de que trata o artigo anterior somente cessará quando o Conselho Regional de Medicina tomar conhecimento do afastamento do médico responsável, através de sua própria comunicação escrita ou da empresa, entidade ou instituição.

Art. 16º - A empresa, entidade ou instituição promoverá a substituição do responsável médico ou clínico, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, contando do impedimento, suspensão ou demissão, participando esse fato ao Conselho Regional de Medicina em idêntico prazo.

CAPÍTULO IV

DO CANCELAMENTO DO REGISTRO

Art. 17º - O cancelamento do registro dar-se-á nas seguintes hipóteses:

I. pelo encerramento da atividade e requerido pelo interessado ao Conselho Regional de Medicina, comprovando-se o fato pelo distrato social ou documento semelhante;

II. como penalidade, após decisão definitiva.

Art. 18º - O pedido de cancelamento do registro ou o processo tendente ao cancelamento punitivo do registro serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina, cabendo recurso, no prazo de 15 (quinze) dias, ao Conselho Federal de Medicina.

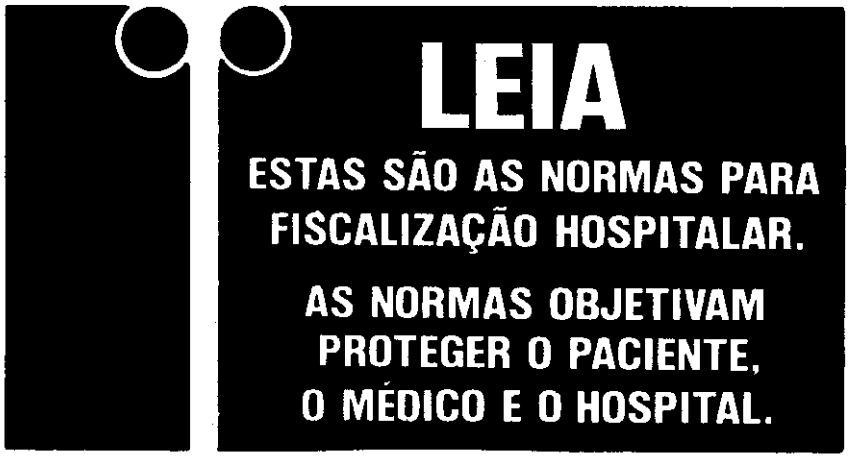
Art. 19º - O cancelamento punitivo não elide as penalidades sobre o responsável médico ou clínico e demais médicos da empresa, entidade ou instituição.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 20º - Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Federal de Medicina.

OBSERVAÇÃO DA REDAÇÃO:



RESOLUÇÃO CFM Nº 1.089/82

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que de acordo com o Art. 15, letra "c", da Lei nº 3.268/57, incumbe aos Conselhos Regionais de Medicina a Fiscalização do exercício da profissão médica;

CONSIDERANDO que o Art. 12 do Decreto nº 44.045/58 deixa claro que as pessoas jurídicas de prestação de assistência médica estão sob a ação disciplinar dos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO haver necessidade de regulamentar tanto a fiscalização do exercício da medicina onde quer que seja desempenhada, como a dos organismos de prestação de serviços médicos;

CONSIDERANDO a recomendação contida na Resolução CFM nº 565/75;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido pelo plenário em sessão realizada no dia 24 de setembro de 1982,

RESOLVE:

I — Aprovar as NORMAS que a esta acompanham, e que dispõem sobre a fiscalização, pelos Conselhos Regionais de Medicina,

do exercício da profissão de médico e organismos de prestação de serviços médicos.

II – Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial da União, revogadas outras Resoluções que eventualmente a contrariem.

Rio de Janeiro, 26 de novembro de 1982.

GUARACIABA QUARESMA GAMA
Presidente em exercício

JOSÉ LUIZ GUIMARÃES SANTOS
Secretário Geral

Publicada no D.O.U. (Seção I - Parte I) de 3/12/82

****

NORMAS PARA FISCALIZAÇÃO, PELOS CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA, DO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO DE MÉDICO E ORGANISMOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

CAPÍTULO I
Do Órgão da Fiscalização

Art. 1º – Cada Conselho Regional de Medicina organizará e manterá, na área da respectiva jurisdição, atividades de fiscalização do desempenho técnico e ético da medicina, através de um Órgão de Fiscalização, integrado por Médicos Fiscais subordinados a uma chefia, tudo de composição e designação do próprio Conselho.

Art. 2º – Os Médicos Fiscais designados receberão o Cartão de Identidade Funcional, com prazo de validade assinalado, assinado pelo Presidente do Conselho Regional.

Art. 3º – Os Conselhos Regionais de Medicina poderão investir em caráter transitório, nas funções de fiscais e de chefia do Órgão de Fiscalização, Membros do Conselho, caso em que não farão jús à remuneração de Médicos Fiscais, mas a uma verba de indenização dos custos operacionais.

CAPÍTULO II
Da Competência

Art. 4º – Ao Órgão de Fiscalização compete, em todo o território da jurisdição do Conselho Regional respectivo:

a) Fiscalizar:

I — O exercício da prodissão de médico, em qualquer local onde seja desempenhada;

II — Os organismos onde médicos prestam serviços, na parte exclusivamente médico-assistencial;

III — Os anúncios de médicos ou de serviços de assistência médica, qualquer que seja o meio de divulgação;

IV — O conhecimento das notificações;

b) Manter fichários, para efeito de fiscalização:

I — Dos profissionais médicos;

II — Dos organismos referidos no item II da alínea "a" deste artigo, inclusive mantendo registro de sua atividade e natureza de funcionamento.

c) Providenciar no sentido de notificar às autoridades competentes o exercício ilegal da medicina.

d) Acompanhar e colaborar com a apreensão, pela Polícia Judiciária ou Sanitária, dos instrumentos e tudo o mais que sirva ou tenha servido ao exercício ilegal da profissão de médico, inclusive participando do auto de fechamento e interdição de tais lugares.

e) Denunciar ao Conselho ou outras autoridades competentes as irregularidades encontradas e não corrigidas dentro dos prazos.

f) Efetuar sindicância a fim de verificar as condições técnicas para funcionamento dos organismos de que trata o item II da letra "a" deste artigo, a fim de que o Conselho Regional possa cadastrá-los.

Parágrafo único — O Órgão de Fiscalização procurará sempre agir em conjunto com o Serviço de Fiscalização da Secretaria de Saúde ou órgão similar.

CAPÍTULO III
Do Procedimento Fiscalizador

Art. 5º — Para exercer as atribuições de sua função, o Médico

Fiscal deverá exibir primeiramente o seu Cartão de Identidade Funcional.

Art. 6º – No exercício de suas atividades os Médicos Fiscais adotarão as seguintes providências:

a) Verificar:

I – Se os médicos em atividade estão inscritos no Conselho Regional;

II – Se os organismos de Assistência Médica estão devidamente regularizados nos órgãos competentes, inclusive nos Conselhos Regionais;

III – Se os profissionais auxiliares de médicos têm a devida qualificação.

b) Lavrar o Termo de Fiscalização que deverá ser também assinado pelo médico visitado ou pelo responsável técnico do estabelecimento ou organização vistoriada, sendo que, se houver negativa para tais assinaturas, o Médico Fiscal fará constar o fato no relatório, se possível testemunhado.

c) Fazer o relatório da Vistoria para cada fiscalização efetuada, especificando as irregularidades porventura encontradas.

Art. 7º – Os Termos de Fiscalização e os Relatórios de Vistoria serão lavrados em duas (2) vias, datados e assinados respectivamente pelo médico visitado ou pelo responsável técnico do estabelecimento, da organização de assistência médica e também pelo Médico Fiscal, sendo a primeira via encaminhada à chefia do Órgão de Fiscalização e a segunda via entregue ao profissional ou Diretor-Técnico responsável pela organização ou estabelecimento vistoriado.

Art. 8º – O Termo de Fiscalização e o Relatório de Vistoria constituem o início do processo de Fiscalização que deverá ser encaminhado ao chefe do Órgão de Fiscalização.

Art. 9º – Quando verificada infração à lei ou a dispositivos éticos vigentes, o chefe do Órgão de Fiscalização expedirá notificação ao infrator, apontando o motivo de autuação e o dispositivo legal ou ético infringido, dando-lhe o prazo de dez (10) dias a contar da data do recebimento da notificação, para regularizar a situação.

Art. 10º – As notificações deverão ser comunicadas ao Presidente do Conselho ou seu substituto.

Art. 11 – Decorrido o prazo estipulado na notificação e verificada pelo Médico Fiscal por não ter sido ela cumprida, será feita, pelo chefe do Órgão de Fiscalização, denúncia ao Presidente do Conselho, para efeito de instauração de Processo Ético-Profissional.

Art. 12 – Ao encaminhar uma denúncia ao Presidente do Conselho, a Chefia do Órgão de Fiscalização deverá juntar cópia do respectivo Processo de Fiscalização e, sempre que possível, instruí-lo com as informações relativas aos antecedentes do profissional, do estabelecimento ou da organização denunciados, constantes do arquivo do órgão.

Art. 13 – A regularização da situação do interessado, no prazo da notificação, determinará o arquivamento do Processo de Fiscalização, por despacho do Presidente.

Art. 14 – Também serão arquivados, por despacho do Presidente, os Processos de Fiscalização regulares.

Art. 15 – As visitas de fiscalização e os resultados produzidos deverão constar do fichário do Órgão de Fiscalização.

Art. 16 – A matéria atinente à divulgação de assuntos médicos deverá ser encaminhada à Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos, por despacho do Presidente do Conselho.

Art. 17 – Os Conselhos Regionais que não tenham disponibilidades financeiras para a implantação do Órgão de Fiscalização, poderão receber auxílio do Conselho Federal de Medicina.

Parágrafo único – O disposto neste artigo fica dependente de parecer da Tesouraria do Conselho Federal de Medicina, após o estudo das solicitações enviadas pelos Conselhos Regionais, em que constem detalhadas justificativas das despesas realizadas ou a realizar.

É ÉTICO O MÉDICO FUMAR EM CONTACTO COM O PACIENTE?

BOM MESMO É NÃO FUMAR.

PARANÁ.
UM ESTADO DE ALERTA CONTRA O FUMO.

FAÇA A GREVE DO FUMO.

RESPONDE O CRM

Você recusa atestado?

Consulta

1) Pode um médico recusar atestado médico fornecido por outro profissional? Em que situações, de que forma e por que pode? Em recusando, como deve proceder?
a) quem fornece; b) quem recusa o atestado?
2) Pode um médico diminuir ou aumentar períodos de afastamento e licença, expressamente indicados em atestado médico?

Um Sindicato, formula a este Conselho Regional de Medicina, indagação sobre a possibilidade ética de um médico recusar atestado fornecido por outro profissional. E em decorrência, se positiva resposta, em que situações isto pode ocorrer e como deverá proceder aquele que fornece e o que recusa.

Perquiri e outrossim, se pode um médico diminuir períodos de afastamento e licença, expressamente indicados em atestado e como deve agir o paciente.

Preliminarmente cumpre ressaltar que o Código de Deontologia, não prevê especificamente e por conseguinte, não responde expressamente as dúvidas trazidas à esta Consultoria pelo Sindicato consulente. Deste modo, as respostas respectivas terão que ser muito mais com respaldo nos princípios gerais que regem a ética médica, do que em dispositivos pré-determinados.

Assim, o primeiro parâmetro que nos serve de amparo às dúvidas suscitadas, é encontrado no artigo 33 do vigente Código Brasileiro de Deontologia Médica, assim disposto:

"Deixar, no exercício da profissão, de ter para com os colegas apreço, consideração e solidariedade ou contribuir para a desarmonia ou desprestígio pública da classe".

Evidentemente que esta solidariedade, não pode ser em benefício do erro, a consideração não pode ser em relação à ignorância e o apreço não deve estar ligado a condutas que firam os princípios e morais. Assim, definidos estes aspectos que regem as relações entre os profissionais da medicina, cumpre analisar a consulta, estritamente no seu aspecto material, ou seja, da possibilidade de um médico recusar atestado fornecido por colega. E para a resposta, mister se faz trazer a cotejo o aludido artigo 33, que dirime como infração, a falta de consideração, de apreço e solidariedade.

Conclue-se pois, que não é ético e portanto, é inadmissível, que um médico recuse atestado fornecido por outro profissional, salvo o faça em decorrência da constatação de um erro de avaliação, devidamente comprovado. Convém se frisar, que o atestado se consubstancia em um documento, através do qual se afirma uma situação como verdadeira e, por isto mesmo, traz as responsabilidades inerentes ao seu subscritor. E neste diapasão, só pode ser contestado, se no mesmo se puder detetar erros ou inverdades, quer decorrentes de má avaliação ou de ignorância. De todo modo, a recusa há que ser fundamentada, não podendo ocorrer sem o necessário respaldo.

Destarte, entendemos como respondidas as indagações concernentes à recusa de atestado ou no que se refere à diminuição dos períodos de afastamento contidas em tais documentos.

Por outro lado, se as hipóteses objeto da consulta ocorrerem, o médico que forneceu o atestado recusado, deverá por escrito, perquirir os motivos que ensejaram a não aceitação e em não obtendo resposta, comunicar o fato ao Conselho de Medicina. Por sua vez, o colega autor da recusa, deverá, por iniciativa própria, contatar com o colega que subscritou o atestado, mantendo assim o apreço e a solidariedade que devem nortear as relações entre os profissionais da medicina. Este aliás, será o procedimento correto e que evitaria então, que a iniciativa das explicações partisse do atestador, mesmo porque, nesta hipótese, a negativa de validade do documento, já seria, no mínimo, do conhecimento do paciente, originando assim, situação constrangedora.

É o nosso parecer.

Curitiba, 22 de novembro de 1984.

Dr.Antonio Celso C.de Albuquerque
Assessor Jurídico.
Aprovado em Sessão Plenária.

ESCRITÓRIO JURÍDICO

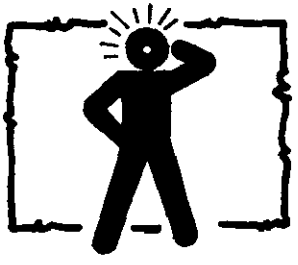
ANTONIO CELSO CAVALCANTI ALBUQUERQUE

ADVOGADO

CIVIL – CRIMINAL – TRABALHISTA

RUA ÉBANO PEREIRA, 356 – FONE: 223-6252
CURITIBA – PR.

MÉDICO OU ASSOCIAÇÃO MÉDICA PODE TER FARMÁCIA?



EMENTA: Farmácia. Exploração por sociedade médica. É proibido ao médico fazer parte de empresa que explore o comércio farmacêutico (Dec. nº 20.931, art. 16, letra "g"). — A responsabilidade coletiva do trabalho médico não obscurece a individual. Os princípios deontológicos que se aplicam aos indivíduos aplicam-se às Organizações de Assistência Médica.

1. A espécie trata de consulta formulada por sociedade médica, referentemente à possibilidade de instalar uma farmácia, na sua sede, destinada ao atendimento exclusivo dos pacientes da consulente.

2. O artigo 16, letra "g" do Dec. nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, que regula e fiscaliza o exercício da medicina e outras profissões da área da saúde, proibe ao médico, quando exerce a profissão, de fazer parte de empresa que explore o comércio farmacêutico, implicando também conseqüentemente em vedação para as sociedades médicas, igualmente impedidas de exercer o comércio farmacêutico.

3. A lei em questão, nomenclaturada como decreto, é lei em sentido substancial e formal, aos que promulgada em 1932, no recesso do Congresso Nacional, e se encontra em vigor, nos termos do artigo 2º da Lei de Introdução ao Código Civil Brasileiro.

4. O vigente Código Brasileiro de Deontologia Médica revogou, apenas, os dispositivos em contrário do anterior Código de Ética Médica ou os que do mesmo código regulavam a matéria disciplinada integralmente pelo atual, significando que o artigo 74 do Código de Ética Médica continua em vigor (conforme art. 2º, parágrafo 1º e 2º da Lei de Introdução ao Código Civil). Decorrentemente,

incide o artigo 74 do Código de Ética Médica, segundo o qual "o trabalho coletivo ou em equipe não diminui a responsabilida 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".

5. É, pois, irrelevante a omissão do atual Código Brasileiro de Deontologia Médica a respeito da responsabilidade ética do trabalho em equipe ou societário, eis que a matéria é regulada, como já salientado, pelo Código anterior, incidindo, também as Resoluções do Conselho Federal de Medicina nºs 672/75 e 807/77, significando que a responsabilidade coletiva do trabalho médico não obscurece a individual.

6. A observância do critério legal imposto pelo Decreto nº 20.931, letra "g", de 1932, impeditivo de comércio farmacêutico por sociedades médicas, implica na prática de infração ética pelos seus integrantes, nos termos do Princípio IV e artigo 7º do Código Brasileiro de Deontologia Médica, posto que todos os profissionais devem integral respeito à legislação e às normas que regulam o exercício da profissão médica, pautando todos os seus atos pelos princípios éticos.

7. Em conclusão, opino pelo caráter antiético da instalação de farmácia por sociedade médica, mesma para atendimento restrito, implicando em responsabilidade para todos os seus integrantes médicos.

É o parecer.

Porto Alegre, 25 de junho de 1985.

Dr. EMÍLIO ALBERTO MAYA GISCHKOW
Consultor Jurídico

(aprovado em Sessão Plenária de CREMERS 04/07/1985.

COLOQUE EM DIA SUA ANUIDADE

NOVA CONCEITUAÇÃO

AGORA VOCÊ PODE
FORNECER DADOS MÉDICOS
À MÉDICO DO INPS, POIS
CONSTITUI UM "DEVER LEGAL"

SIGILO MÉDICO X INFORMAÇÕES AO INPS X AUXÍLIO DOENÇA

O Dr. Cândido de Mello Neto, formula a este Conselho, indagação quanto a possibilidade do INPS, solicitar de profissional médico, informações quanto ao diagnóstico e tratamento de paciente previdenciário, com a finalidade de instruir processo Auxílio-Doença.

Na verdade, o sigilo médico é assunto que há muito vem sendo objeto de reiteradas consultas a esta Assessoria. Embora esta questão já tenha sido examinada em diversos aspectos, alguns ainda trazem contínuas dúvidas, como o caso em questão, que diz respeito ao fornecimento de informações sigilosas ao INPS.

Como é sabido, a lei protege o segredo profissional quintuplamente, senão vejamos:

CÓDIGO PENAL, ARTIGO 154:
REVELAR A 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.

CÓDIGO DE PROCESSO PENAL, ARTIGO 207:
SÃO PROIBIDAS DE DEPOR AS PESSOAS QUE, EM RAZÃO DE FUNÇÃO, MINISTÉRIO, OFÍCIO OU PROFISSÃO, DEVAM GUARDAR SEGREDO, SALVO SE, DESOBRIGADAS PELA PARTE INTERESSADA, QUISEREM DAR SEU TESTEMUNHO.

CÓDIGO CIVIL, ARTIGO 144:
NINGUÉM PODE SER OBRIGADO A DEPOR DE FATOS, A CUJO RESPEITO, POR ESTADO OU PROFISSÃO, DEVA GUARDAR SEGREDO.

CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL, ARTIGO 406, inciso II:
A TESTEMUNHA NÃO É OBRIGADA A DEPOR DE FATOS:
II) - A CUJO RESPEITO, POR ESTADO OU PROFISSÃO, DEVA GUARDAR SIGILO.
CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA, ARTIGO 44:
REVELAR FATOS QUE TENHA CONHECIMENTO POR TÊ-LOS PRESENCIADO OU DEDUZIDO NO EXERCÍCIO DE SUA ATIVIDADE PROFISSIONAL, PERMANECENDO ESTA PROIBIÇÃO MESMO QUE O PACIENTE JÁ TENHA FALECIDO, SALVO EM JUSTA CAUSA OU PARA OBEDECER DEVER LEGAL.

Assim sendo, verifica-se que a legislação brasileira, em seus diversos estatutos, bem como o próprio Código Brasileiro de Deontologia Médica, resguarda o profissional da quebra do sigilo, sujeitando-o inclusive às puniões estabelecidas. Todavia, as regras dispostas prevêm algumas exceções, quando então a violação do segredo, ou não se constitui infração (justa causa), ou é até mesmo obrigatória (dever legal). E o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, tomando por base outros diplomas legais, a doutrina e a jurisprudência, no que concerne ao sigilo médico, entendeu por disciplinar os casos mais comuns, e o fez através da Resolução 005/84, assim então dispondo:

1) QUE SÃO CASOS CONSTITUTIVOS DO DEVER LEGAL:

a) OS CASOS DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA OU DE OUTRAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA (DOENÇAS PROFISSIONAIS, TOXICOMANIA, ETC.)
b) AS PERÍCIAS JUDICIAIS.
c) QUANDO O MÉDICO ESTÁ REVESTIDO DE FUNÇÃO EM QUE TENHA DE SE PRONUNCIAR SOBRE O ESTADO DO EXAMINADO (SERVIÇOS BIOMÉTRICOS, JUNTA DE SAÚDE, SERVIÇOS DE COMPANHIA DE SEGUROS, ETC.), DEVENDO OS LAUDOS E PARECERES SEREM NESSES CASOS LIMITADOS AO MÍNIMO INDISPENSÁVEL SEM DESVENDAR, SE POSSÍVEL O DIAGNÓSTICO.
d) OS ATESTADOS DE ÓBITOS.
e) QUANDO SE TRATANDO DE MENORES, NOS CASOS DE SEVÍCIAS, CASTIGOS CORPORAIS, ATENTADOS AO PUDOR, SUPRESSÃO INTENCIONAL DE ALIMENTOS.
f) OS CASOS DE CRIME, QUANDO HOUVER INOCENTE CONDENADO E O CLIENTE, CULPADO, NÃO SE APRESENTAR À JUSTIÇA, APESAR DOS CONSELHOS E SOLICITAÇÕES DO MÉDICO.
g) OS CASOS DE ABORTAMENTO CRIMINOSO, DESDE QUE RESSALVADOS OS INTERESSES DO CLIENTE.

2) SÃO CASOS CONSTITUTIVOS DE "JUSTA CAUSA":

a) QUANDO O PACIENTE FOR MENOR E SE TRATAR DE LESÃO OU ENFERMIDADE QUE EXIJA ASSISTÊNCIA MÉDICA OU PROFILÁTICA POR PARTE DA FAMÍLIA OU ENVOLVA RESPONSABILIDADE DE TERCEIROS, CABENDO AO MÉDICO REVELAR O FATO AOS PAIS, TUTORES OU OUTRAS PESSOAS SOB CUJA GUARDA OU DEPENDÊNCIA ESTIVER O PACIENTE.

b) PARA EVITAR O CASAMENTO DE PORTADOR DE DEFEITO FÍSICO IRREMEDIÁVEL OU MOLÉSTIA GRAVE TRANSMISSÍVEL POR CONTÁGIO OU HERANÇA, CAPAZ DE POR EM RISCO A SAÚDE DO FUTURO CÔNJUGE OU DE SUA DESCENDÊNCIA, CASOS SUSCETÍVEIS DE MOTIVOS A ANULAÇÃO DE CASAMENTO, EM QUE O MÉDICO ESGOTARÁ PRIMEIRO, TODOS OS MEIOS IDÔNEOS PARA EVITAR A QUEBRA DO SIGILO.

c) QUANDO SE TRATAR DE FATO DELITOSO PREVISTO EM LEI E A GRAVIDADE DE SUAS CONSEQUÊNCIAS SOBRE TERCEIROS, CRIE PARA O MÉDICO O IMPERATIVO DE CONSCIÊNCIA PARA REVELÁ-LO A AUTORIDADE COMPETENTE.

Cumpre anotar, ainda que a Resolução nº 005/84, não pretendeu esgotar a matéria, desde que, outras hipóteses caracterizadoras da justa causa e do dever legal podem ser aventadas, quando então a quebra do sigilo não implicaria em infração, quer à legislação comum, quer ao Código de Ética. Como já foi aludido, a Resolução tão somente declinou os casos mais corriqueiros, visando proporcionar uma melhor orientação no que concerne ao assunto. Também o Conselho Federal de Medicina, através da Resolução nº 999/80, dispôs sobre a matéria, tendo tomado no entanto como base o revogado Código de Ética, o qual serviu também como ponto de partida para a Resolução 005/84, do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná.

Feitas estas considerações iniciais, cumpre examinar especificamente o teor da consulta em questão, que diz respeito a informações quanto ao diagnóstico e tratamento de paciente previdenciário, com a finalidade de instruir processo de Auxílio-Doença.

Ora, a resolução 1076/81, do Conselho Federal de Medicina, decidiu que o médico, quando solicitado pelo seu paciente ou seus responsáveis, no caso de falecimento do primeiro, pode preencher o formulário para a concessão dos benefícios do seguro, sem que tal procedimento se constitua em quebra de sigilo. Na hipótese, ao que me parece, se caracteriza a justa causa, excludente portanto de infração. Assim sendo, há que se entender também, que as informações à Previdência, de diagnóstico e tratamento de paciente beneficiário, podem ser fornecidas a médico e, na hipótese, independente da autorização do mesmo. E isto porque, em sendo o INPS, bem como qualquer outro órgão previdenciário, o repassador dos serviços, ou melhor dizendo, o intermediário necessário na relação médico-paciente, tem o direito de perquirir a respeito do diagnóstico e tratamento, ainda porque as informações lhe prestadas, poderão servir de respaldo aos diversos benefícios a que eventualmente possa fazer jus

o segurado. Em sendo assim, o médico que forneça os esclarecimentos solicitados, não estará violando o sigilo, desde que é claro, esteja exercendo a medicina na qualidade de credenciado pelo Instituto. No caso, se consubstanciaria o "dever legal", equiparando-se então a hipótese àquelas previstas na letra "c" do artigo 1º da Resolução 005/84.

Cumpre esclarecer todavia, que tais informações devem ser fornecidas a médicos, em caráter confidencial, evitando-se assim que os mesmos cheguem a conhecimento de terceiros.

É o meu parecer.

Curitiba, 06 de agosto de 1986

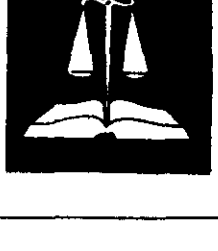
Antonio Celso C. de Albuquerque
Assessor Jurídico

Aprovado em sessão plenária de 11.08.86

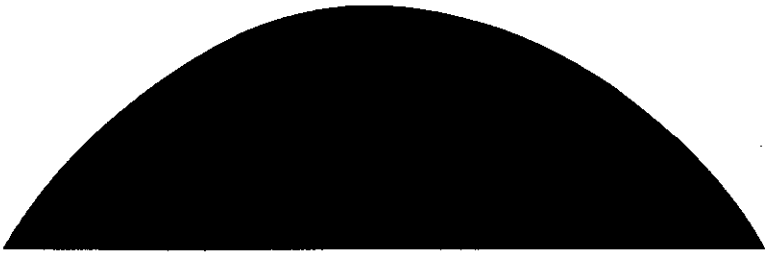
CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA

Artigo 51 - "Fornecer atestados ou relatórios de exames ou tratamentos realizados sem autorização do paciente ou seu responsável".

Veja se não está atrasado no pagamento de anuidade do CRM.



Nossa assessoria jurídica está à sua disposição para consultas, das 17 às 19 hrs, diariamente.



O DIREITO DE INTERNAR E ASSISTIR PACIENTES EM QUALQUER HOSPITAL

RESOLUÇÃO CFM Nº 1231/86

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 muitos hospitais públicos e privados têm recusado admitir que os médicos não integrantes de seu Corpo Clínico promovam internações nestes estabelecimentos;

CONSIDERANDO que esta recusa caracteriza modalidade de cerceamento do exercício profissional garantido pelas normas legais vigentes, além da instituição de monopólio profissional por parte de determinados grupos médicos;

CONSIDERANDO que não se pode descartar a função social que toda entidade pública ou privada deve desempenhar dentro da comunidade;

CONSIDERANDO que o hospital deve estar precipuamente a serviço do indivíduo, assim como da comunidade;

CONSIDERANDO os termos do parecer CFM nº 27/86, aprovado na Sessão Plenária de 10/10/86;

RESOLVE:

1. A todo médico é assegurado o direito de internar e assistir seus pacientes em hospital público ou privado, ainda que não faça parte do seu Corpo Clínico, ficando sujeitos, nesta situação, o médico e o paciente às normas administrativas e técnicas do hospital;

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

3. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 10 de outubro de 1986

GABRIEL WOLF OSELKA
Presidente

ANA MARIA CANTALICE LIPKE
Secretária Geral

Fornecer ficha médica de paciente à juiz de direito.

O Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro, indaga deste Conselho, quanto a eticidade de entregar cópia fotostática de ficha médica de paciente, solicitada pelo Juiz de Direito da 4ª Vara de Família da Comarca de Curitiba.

Este Conselho por diversas vezes já tem se pronunciado sobre questões referentes ao sigilo profissional. Dentre os vários dispositivos legais que disciplinam a matéria, no caso em pauta cumpre ressaltar tão somente o que dispõe o artigo 144 do Código Civil, que disciplina:

a) Ninguém pode ser obrigado a depor de fatos, a cujo respeito, por estado ou profissão deva guardar segredo.

Verifica-se portanto que o médico está preso ao segredo profissional, salvo se veja diante de situação que o obrigue a revelação, conforme estabelecido no artigo 66 da Lei das Contravenções Penais.

Ora, não se pretendendo induzir o consulente a desobediência a Ordem Judicial, mesmo porque isto não se caracterizaria, é de se entender que a entrega da ficha médica da paciente, implicaria na prestação de um depoimento escrito. Destarte se o médico, consoante o artigo 144 do Código Civil não pode ser obrigado a depor, é de se concluir que não está compelido também a prestar o depoimento por escrito, com a entrega do prontuário de sua paciente.

Por estes motivos, é óbvio que o atendimento a Ordem Judicial implicaria na quebra de sigilo médico, principalmente se o documento viesse a trazer qualquer prejuízo a sua paciente.

É o nosso parecer.

Curitiba, 03 de julho de 1986

Antonio Celso C. de Albuquerque
Assessor Jurídico

Aprovado em sessão plenária realizada em 14.07.86.

ANESTESIA SIMULTÂNEA?

Anestesiologista, você sabia?

RESOLUÇÃO CFM Nº 851/78

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 dever do médico guardar absoluto respeito pela vida humana, não podendo, seja qual for a circunstância, praticar atos que afetem e concorram para prejudicar a sua saúde;

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é o doente, em benefício do qual deve agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que não é permitido ao médico abandonar o tratamento ou assistência do doente, salvo nas condições ditadas pelo Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO, finalmente, o que ficou decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina,

RESOLVE:

DETERMINAR AOS MÉDICOS QUE PRATICAM ANESTESIA QUE:

1 — Antes da realização de qualquer anestesia é indispensável conhecer todos os pormenores das condições gerais do paciente a ser submetido à mesma, cabendo-lhe decidir da conveniência ou não da prática de tal ato no paciente, de modo soberano e intransferível;

2 — Durante a realização da anestesia tem o médico anestesiologista o dever fundamental, como integrante da equipe cirúrgica, de permanecer todo o tempo junto do doente até a total recuperação dos efeitos da anestesia;

3 — É ato atentatório à Ética Médica a realização simultânea de anestesia em pacientes distintos pelo mesmo profissional, ainda que seja o mesmo ambiente cirúrgico;

4 — Todas as conseqüências decorrentes do ato anestésico são de responsabilidade direta e pessoal do médico anestesiologista, inclusive o fornecimento de atestado de óbito, em caso de êxito letal decorrente de anestesia;

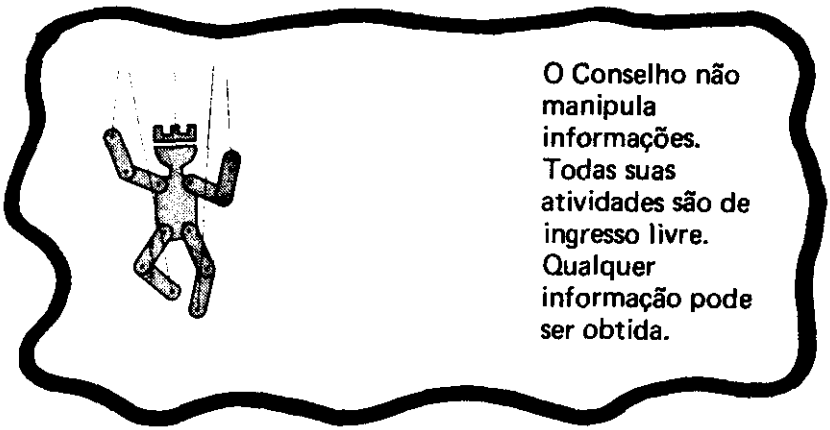
5 — Para a prática da anestesia deve o médico anestesiologista avaliar previamente as situações de segurança do ambiente hospitalar, somente praticando o ato anestésico se estiverem asseguradas as condições mínimas para a sua realização.

Rio de Janeiro, 04 de setembro de 1978

MURILLO BASTOS BELCHIOR
Presidente

JOSÉ LUIZ GUIMARÃES SANTOS
Secretário-Geral

(Publicada no D.O.U. de 07/11/78 - Seção I - Parte II)



ANESTESIA EM ODONTOLOGIA?

RESOLUÇÃO CFM Nº 852/78

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;

Considerando as controvérsias existentes na área de atuação de médicos e cirurgiões-dentistas;

Considerando que é inquestionável, em face da legislação vigente e do curso de formação de cirurgião-dentista, não se achar o mesmo habilitado nem autorizado à prática da anestesia geral nem à assinatura de atestado de óbito;

Considerando que a cirurgia buco-maxilo-facial pode ser exercida por médicos especializados aos quais é impossível estabelecer restrições de qualquer natureza, salvo as de estrita competência do cirurgião-dentista;

Considerando que face aos progressos da Odontologia, a profissão de cirurgião-dentista vem se constituindo em verdadeira especialidade médica, e que para bem se constituir o currículo escolar do cirurgião-dentista deverá integrar-se, cada vez mais, ao currículo médico, a fim de que os diplomados em Odontologia não somente participem das vantagens decorrentes do exercício de uma especialidade médica, como participem de seus riscos e das responsabilidades inerentes à sua prática e resultado;

Considerando, ainda, os resultados dos estudos realizados pela Comissão Paritária dos Conselhos Federais de Medicina e Odontologia a respeito da prática da cirurgia buco-maxilo-facial;

Considerando, finalmente, o que ficou decidido em sessão plenária do Conselho Federal de Medicina.

RESOLVE:

1) – As solicitações para realização de anestesia geral em pacientes a serem submetidos à cirurgia por cirurgião-dentista somente poderão ser atendidas pelos médicos anestesiologistas, quando forem realizadas em ambiente hospitalar cujo diretor-técnico seja médico e que disponha das indispensáveis condições de segurança comuns a ambientes cirúrgicos, sendo prática atentatória à ética a solicitação e/ou a realização de anestesia geral em consultórios ou ambulatórios;

2) — Somente poderão ser realizadas em consultórios ou ambulatórios cirurgias passíveis de serem atendidas com anestesia local ou troncular;

3) — Quando o êxito letal for atingido como resultante de prática direta de ato cirúrgico-odontológico, poderá ser o atestado de óbito fornecido pelo médico que tenha participado do ato cirúrgico ou pelo Instituto-Médico Legal;

4) — Em lesões de interesse comum à Medicina e à Odontologia tem a equipe cirúrgica de ser obrigatoriamente constituída de médico e cirurgião-dentista, para adequada segurança do resultado pretendido, ficando sempre a equipe sob a chefia do médico;

5) — É da competência exclusiva do médico o uso da via cervical infra-hioídea, bem como a prática de cirurgia estética, ressalvadas as estéticas funcionais do aparelho mastigatório;

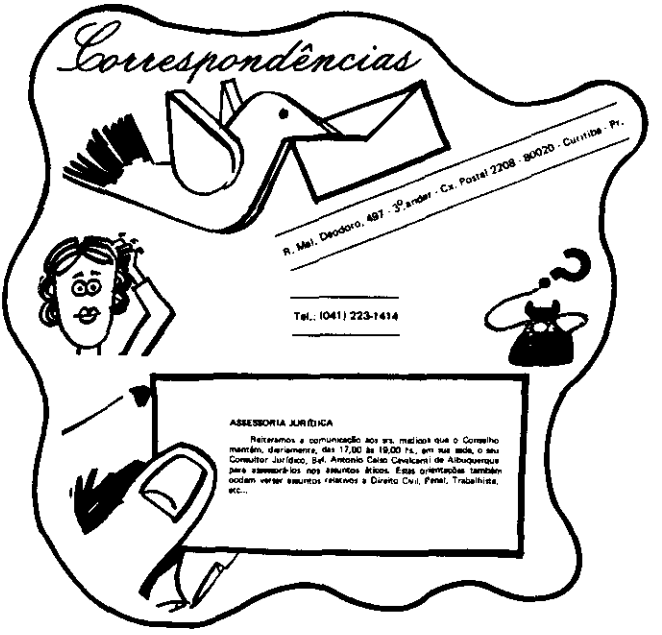
6) — Em virtude da existência de áreas de difícil limitação para campo de atuação do cirurgião-dentista, e no sentido do conhecimento do médico no particular, é imprescindível que em situações em que previamente se admita procedimento cirúrgico, tais áreas sejam obrigatoriamente utilizadas por equipes cirúrgicas de médicos e de cirurgiões-dentistas.

Rio de Janeiro, 04 de outubro de 1.978

MURILLO BASTOS BELCHIOR
Presidente

JOSÉ LUIZ GUIMARÃES SANTOS
Secretário-Geral

(Publicada no D.O.U. de 07/11/78 - Seção I - Parte II)



COMECE A VIVER UM NOVO TEMPO

CRITÉRIO DE MORTE ENCEFÁLICA

CRM-PR APROVA

O progresso e o desenvolvimento dos métodos de Terapia Intensiva permitiram a manutenção das funções respiratórias e circulatórias em pacientes com lesão encefálica severa e irreversível. Na conceituação atual de morte encefálica, grande parte de tais pacientes estão mortos, porém a preservação dos batimentos cardíacos e da respiração invalida a utilização do critério clássico de determinação da morte pela cessação irreversível das funções cárdio-respiratórias. Tornou-se então necessário estabelecer um critério de morte que permitisse o diagnóstico precoce e absolutamente preciso desta situação, a morte encefálica. A expansão dos transportes de órgãos, ocorrida em nossos dias necessita também desta caracterização de morte, pois tais pacientes são doadores em potencial e, caso seja determinada a morte pelo critério clássico, a maioria dos órgãos já estará inviável para este fim.

Tendo em mente estes fatos, reuniu-se no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná um grupo de médicos que elaborou esta proposta de um critério de morte encefálica, baseando-se nos seguintes pontos:

1 — Análise crítica dos critérios, conceitos e métodos de determinação de morte encefálica e de tronco cerebral;

2 — Determinação de uma rotina de avaliação clínica e laboratorial, que possa ser repetida de modo idêntico e uniforme pelos vários médicos nos diferentes pacientes;

3 — Obrigatoriedade de um índice de certeza de 100%, que não permita nenhum resultado falso-positivo;

4 — Experiência do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

O presente critério para determinação do estado de morte encefálica é aplicável para pacientes acima de 1 ano de idade e constituído por uma seqüência de 4 etapas. Para cada etapa, são definidos os requisitos mínimos necessários, sendo essencial que sejam satisfeitos todos os sub-ítens da 1ª etapa (Pré-requisitos) para que passem às etapas seguintes.

1ª ETAPA - Pré-requisitos - objetiva o diagnóstico de uma causa irreversível e responsável para o quadro atual, com exclusão das causas reversíveis.

a — **Coma não-reativo e apnéia** por, no mínimo, 6 horas de atendimento médico;

b — **Presença de lesão encefálica definida, irrecuperável e responsável pelo quadro atual,** confirmada por exames complementares apropriados.

c — **Ausência de causas reversíveis de coma,** tais como: hipotermina abaixo de 34°C, intoxicação por drogas depressoras do Sistema Nervoso Central e distúrbio metabólico severo e atual.

2ª ETAPA — Exame Clínico e Teste de Apnéia — Objetiva determinação de ausência de função de tronco cerebral em todos os níveis.

a — **Coma não-reativo** à estimulação dolorosa intensa em face, tronco e membros, assim como as estimulações sonora e luminosa. Ausência de atitude de decerebração e decortição, podendo estar presentes os reflexos espinhais.

b — **Ausência de reflexos de tronco cerebral** determinada clinicamente através de pesquisa destes reflexos:

Reflexo Pupilar — ausência de reação pupilar à estimulação por foco luminoso (lanterna) em ambiente escuro.

Reflexo Corneano — ausência de resposta à estimulação dolo-

rosa corneana com uso de cotonete.

Reflexo Oculocefalógiro – ausência de desvio do olhar durante rotação da cabeça no sentido horizontal ou vertical (evitar em pacientes com suspeita de fratura de coluna cervical).

Reflexo de Tosse – ausência de reação à estimulação da traquéia por cateter inserido através da cânula.

Reflexo Vestibular – ausência de desvio dos olhos à estimulação timpânica com 60 ml de água gelada a 0-5°C (prévia determinação da permeabilidade do conduto auditivo por otoscopia).

Potencial Evocado de Tronco Cerebral – de utilização opcional, como confirmação da ausência de atividade de tronco cerebral determinada clinicamente ou nas situações em que a presença de lesões no segmento cefálico impossibilite a realização do exame clínico.

c – **Teste de Apnéia** – permite a confirmação de ausência de movimentos respiratórios, após estimulação máxima dos centros respiratórios bulbares pela hipercapnia de pelo menos 60 mmHg, sem a ocorrência concomitante de hipóxia, sendo necessário que sejam seguidas estas condições:

1 – Estabilização da pCO2 arterial em aproximadamente 40 mmHg, confirmado pela gasometria inicial do teste;

2 – Oxigenação com O2 a 100% por 10 minutos;

3 – Desconexão do respirador e manutenção de um cateter traqueal com O2 a 6 litros/minuto;

4 – Observação da presença de movimentos respiratórios por 10 minutos, sendo, ao final, colhida nova gasometria arterial.

O teste será **positivo** para apnéia se, ao final do período, a pCO2 atingir nível de 60 mmHg sem a presença de movimentos respiratórios. Caso a pCO2 seja menor de 60 mmHg, deverá o teste ser repetido, calculando-se um aumento médio da pCO2, de 3 mmHg/min. em adultos e de 4 mmHg/min. em crianças (nestas, a duração do 1º teste será de 5 minutos).

3ª ETAPA - Testes complementares - visam demonstrar a ausência de função cerebral. A constatação desta evidência é obtida através de:

a – **Ausência de atividade elétrica cerebral** – por EEG, com silêncio elétrico cerebral "isoelétrico", realizado conforme as normas técnicas da American EEG Society.

b – **Ausência de perfusão sangüínea cerebral** – por ausência de fluxo sangüíneo cerebral durante 30 segundos em angiografia de 4 vasos encefálicos por cateterismo ou cintilografia cerebral ou outros métodos de médição de fluxo sangüíneo cerebral.

4ª ETAPA – Repetição dos Exames – a repetição da 2ª etapa deste critério tem por finalidade detectar a persistência das condições clínicas constatadas anteriormente. Caso seja demonstrada a ausência de atividade elétrica cerebral ou de perfusão sangüínea, por qualquer um dos métodos acima citados, o exame clínico deverá ser repetido após 60 minutos. Se não for realizado nenhum teste complementar, o exame clínico deverá ser repetido após um tempo mínimo de 6 horas, porém, nos casos de lesão encefálica do tipo anóxica-hipóxica este intervalo deverá ser de 18 horas. Nos pacientes com suspeita de intoxicação por drogas, ocorrida durante a internação, deverá ser realizada pesquisa e dosagem dos níveis séricos de substâncias envolvidas ou aguardar um período de 72 horas para a realização do 2º exame clínico.

EQUIPE MÉDICA – os exames clínicos deverão ser realizados no mínimo por dois médicos experientes no atendimento de pacientes em coma profunda com lesão cerebral, sendo um deles neurologista ou neurocirurgião e o outro, intensivista. Nenhum destes médicos devem ter qualquer interesse ou participação em equipe de transplante de órgãos. Após a realização do 2º exame e, havendo concordância entre seus componentes quanto à confirmação do estado de morte encefálica, os membros da equipe médica completarão o preenchimento e assinarão a ficha de exame com a declaração de óbito constante no anexo I, em duas vias, permanecendo a 2ª via no prontuário médico e a 1ª sendo encaminhada à Comissão de Ética Médica do Hospital de Clínicas. A seguir, o médico responsável pelo paciente faz contato com os familiares e comunica-lhes o estado de morte encefálica do paciente.

Curitiba, 19 de junho de 1986

DR. CARLOS EDUARDO S. SILVADO *

DR. EHRENFRIED OTHMAR WITTIG *

DR. PAULO ROBERTO CRUZ MARQUETTI *

* Professores do Curso de Medicina.

Este critério foi formulado pelos autores, à Direção do Hospital de Clínicas, da Universidade Federal do Paraná.
O plenário do CRM, reunido em 18.06.86 o aprovou e recomendou como modelo.

CRITÉRIO DE MORTE ENCEFÁLICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA U.F.Pr.

A – IDENTIFICAÇÃO

Nome _____ Registro _____

Idade: _____ Sexo: _____ Est. Civil: _____ Religião: _____

B – PRÉ-REQUISITOS – DIAGNÓSTICO _____

EVOLUÇÃO	DIA	HORA
Internação		
Instalação da Lesão Encefálica		
Instalação do Coma		
Instalação da Apnéia		

CAUSAS REVERSÍVEIS DE COMA	PRESENTE	AUSENTE
Hipotermia		
Intoxicação por Drogas		
Distúrbio Metabólico Severo		

C – EXAME CLÍNICO E TESTE DE APNÉIA

		1º EXAME	2º EXAME
	DIA		
	HORA		
PRESENÇA DE COMA NÃO REATIVO			
AUSÊNCIA DE REFLEXOS DO TRONCO CEREBRAL	R. Pupilar		
	R. Corneano		
	R. Oculocefalógiro		
	R. Tosse		
	R. Vestibular		
TESTE DE APNÉIA	pCO2 Inicial		
	pCO2 Final		
	Duração do Teste		

D – TESTES COMPLEMENTARES

	AUSENTE	PRESENTE	NÃO REALIZADO
Atividade Elétrica Cerebral			
Perfusão Sanguínea Cerebral			
Potencial Evocado Cerebral			
Outros			

E – OBSERVAÇÕES:

F – DECLARAÇÃO DE ÓBITO

Baseados no preenchimento do Critério de Morte Encefálica acima descrito, os Médicos abaixo assinados, declaram o óbito de _____ às _____ horas do dia _____ de _____ de _____.

DR. _____ DR. _____ DR. _____

CRM CRM CRM

CONSELHO ESCLARECE

PSICÓLOGO PODE EMITIR ATESTADO DE ENFERMIDADE?

A presente consulta foi inicialmente dirigida ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais pelo médico Dr. Affonso de Almeida Galeão Filho, o qual formulou as seguintes questões:

1· É permitido ao psicólogo emitir atestado de enfermidade ou declaração congênere, para justificar incapacidade ou não, contendo diagnóstico(s) literal ou codificado, das doenças constantes do CID?

2· Não há violação e acumpliciamento de pessoa jurídica ou física na aceitação de tal atestado ou declaração, mesmo que solicitado, por estar sendo infringido o Art. 282 do Código Penal?

O Conselheiro Relator designado pelo CREMEMG ponderou entender que a questão envolvia competência de órgãos diferentes, no caso os Conselhos de Medicina e Psicologia, e sugeriu o encaminhamento da consulta ao Conselho Federal de Medicina. Acolhida a sugestão e enviada a consulta ao CFM fomos designados para emitir parecer sobre a matéria, o que passamos a fazer a seguir:

No Brasil, dispõe sobre a profissão de psicólogo a **Lei Federal nº 4.119**, de 27 de agosto de 1962, regulamentada pelo **Decreto nº 53.464**, de 21 de janeiro de 1964. Este Decreto, em seu Art. 4º, especifica as atribuições dos psicólogos, da forma que se segue:

Dec. 53.464 ... Art. 4º - "São funções do psicólogo:

1. Utilizar métodos e técnicas psicológicas com o objetivo de:
   a) Diagnóstico psicológico;
   b) orientação e seleção profissional;
   c) orientação psico-pedagógica;
   d) solução de problemas de ajustamento.
2. Dirigir serviços de psicologia em órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, paraestatais, de economia mista e particulares.
3. Ensinar as cadeiras ou disciplinas de psicologia nos vários níveis de ensino, observadas as demais exigências da legislação em vigor.
4. Supervisionar profissionais e alunos em trabalhos teóricos e práticos de psicologia.
5. Assessorar, tecnicamente, órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, paraestatais, de economia mista e particulares.
6. Realizar perícias e emitir pareceres sobre a matéria de psicologia".

Por sua vez a **Lei 4119**, no **§ 2º do Art. 13**, diz que: "É da competência do psicólogo a colaboração em assuntos psicológicos ligados a outras ciências".

Como se vê o psicólogo exerce profissão digna e de fundamental importância, o que se evidencia tanto no desempenho de suas tarefas costumeiras quanto na ação de colaborar com outros profissionais para o esclarecimento de assuntos psicológicos, os quais, como sabemos, têm notável abrangência e permeiam as atividades humanas em geral.

Outrossim ressalte-se que a legislação específica atribue ao psicólogo competência para **formular diagnóstico psicológico e emitir pareceres sobre a matéria de psicologia.** Entretanto, outra é a situação quando se trata de **fazer um diagnóstico de uma doença** ou **emitir atestado de uma enfermidade**, procedimentos que a lei não autoriza que sejam realizados por psicólogos, mas que se incluem nas atribuições e competência dos médicos. É claro que o médico pode, e às vezes é aconselhável que o faça, recorrer ao psicólogo para a formulação de um diagnóstico psicológico. O diagnóstico psicológico abrange a descrição de fenômenos, ocorrências e configurações psicológicas, dentro das variações da normalidade; e ainda a descrição das alterações das funções psíquicas, porém sem caracterizar ou delimitar uma entidade nosológica. Todavia o diagnóstico psiquiátrico, em que, apropriadamente, é feita a definição da existência ou não de doença mental e a especificação da natureza da patologia porventura existente, é atribuição exclusiva dos médicos.

É nosso entendimento, por conseguinte, que se o psicólogo emite atestado de enfermidade, estará excedendo os limites previstos nos diplomas legais que regulamentam sua profissão e invadindo área de atuação do profissional da medicina, incorrendo portanto na prática do ilícito capitulado no Art. 282 da nossa Lei Punitiva. **(Código Penal: Art. 282** - "Exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de médico, dentista ou farmacêutico, sem autorização legal ou excedendo-lhe os limites"). E quem aceitar tal atestado incorrerá, também, na sanção da Lei, seja pessoa física ou jurídica, de vez que "ninguém se escusa de cumprir a Lei, alegando que não a conhece" (Art. 3º do Decreto-Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942 - Lei de Introdução ao Código Civil Brasileiro, com a redação trazida pela Lei nº 3238, de 1º de agosto de 1957).

Assim sendo, em referência às questões que deram margem à presente consulta, respondemos:

À primeira pergunta: não é permitido;

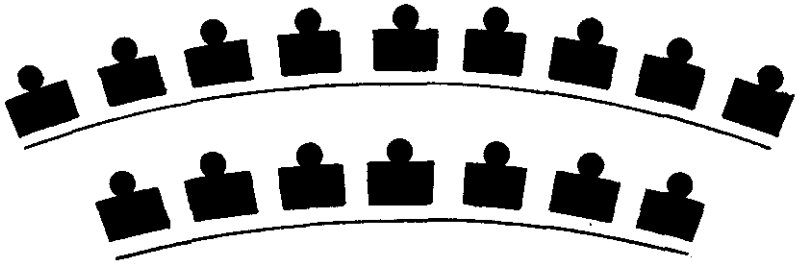
À segunda: sim, há violação.

É o nosso parecer s.m.j.

Fortaleza, 31 de agosto de 1985

DR. IVAN DE ARAÚJO MOURA FÉ
RELATOR

Aprovado em sessão plenária do CFM em 10.01.86



O QUE É ASSEMBLÉIA OFICIAL DA CLASSE

CONSULTA DO CREMEGO

Com fundamento no disposto no Artigo 5º., letra "h" da Lei 3.268/57, valemo-nos do presente para indagar: a "assembléia oficial da classe', a que se refere o Artigo 35 do Código Brasileiro de Deontologia Médica, é tão somente a assembléia geral prevista no Artigo 23 da Lei 3.268/57, ou abrange também as assembléias de associações médicas, departamentos médicos, sindicatos, etc., tal como previa o § 2º do Artigo 7. do código ético revogado?

PARECER

Em sentido jurídico classe compreende o rol em que determinada pessoa é incluída, formando assim uma categoria. Isto significa que a classe demonstra, via de regra, a identificação por categorias de certas pessoas que apresentem como elemento comum determinada especialização ou interesse.

Desta forma, os componentes de uma entidade devidamente constituída são classificados como integrantes daquela classe por possuírem um único e idêntico interesse ou qualificação em comum.

Consequentemente, assim os médicos, como um todo, constituem a classe médica por deterem o mesmo tipo de qualificação profissional, cada sociedade privada como v.g. as associações médicas legitivamente constituídas terão os seus associados classificados como pertencentes àquela classe em função dos interesses comuns existentes ou dos requisitos exigidos para efetivação como sócio. E, assim, encontramos a classe dos médicos cirurgiões, dos anestesistas, pediatras, etc.

Cada entidade deste tipo vincula os seus associados na defesa de suas reinvindicações e interesses assim deliberados quando da realização da assembléia oficial realizada entre os seus membros.

Destarte, podemos concluir que:

1. **Assembléia oficial da classe é a reunião das pessoas que possuam igualdade ou semelhança de situação, estejam ligadas pelo mesmo interesse ou por idênticas funções, onde haja a deliberação sobre determinadas questões segundo as formalidades estatuídas para esse fim;**

2. **O quanto restou deliberado em assembléia oficial da classe possui força vinculante apenas para os seus associados e nos limites do objeto da sociedade constante em seus estatutos;**

3. A assembléia oficial da classe de que trata o **artigo 35** do Código Brasileiro de Deontologia Médica refere-se **às assembléias realizadas por quaisquer entidades médicas, desde que estejam legalmente organizadas e registradas na repartição competente.**

É o parecer, s.m.j.

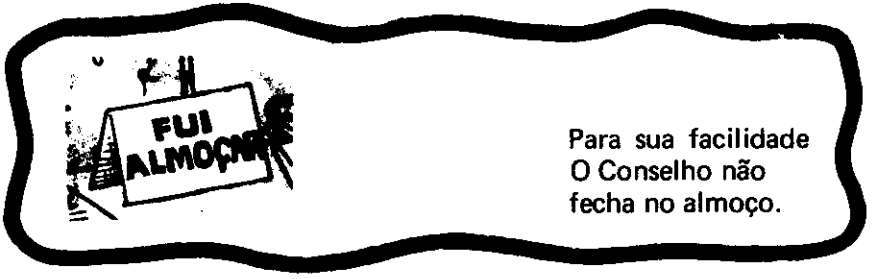
Rio de Janeiro, 29 de maio de 1986.

Antonio Carlos Mendes
Assessor Jurídico

Cecília S. Marcelino
Assessora Jurídica

CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA

Artigo 35 - Renegar, sem anuência do Conselho Regional de Medicina, compromisso assumido por escrito, em assembléia oficial da classe.



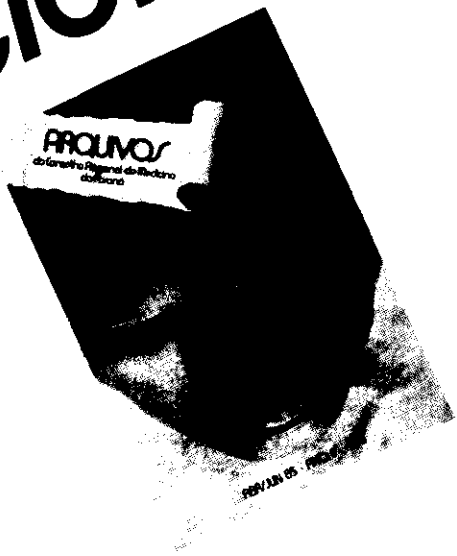
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

NOSSO COMPROMISSO
É MANTER VOCÊ CADA
VEZ MAIS BEM INFORMADO.
EM QUALQUER TEMPO.

E VOCÊ TEM
APROVEITADO?

DEPOIS NÃO DIGA QUE NÃO
SABIA

LEIA E
COLECIONE



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.

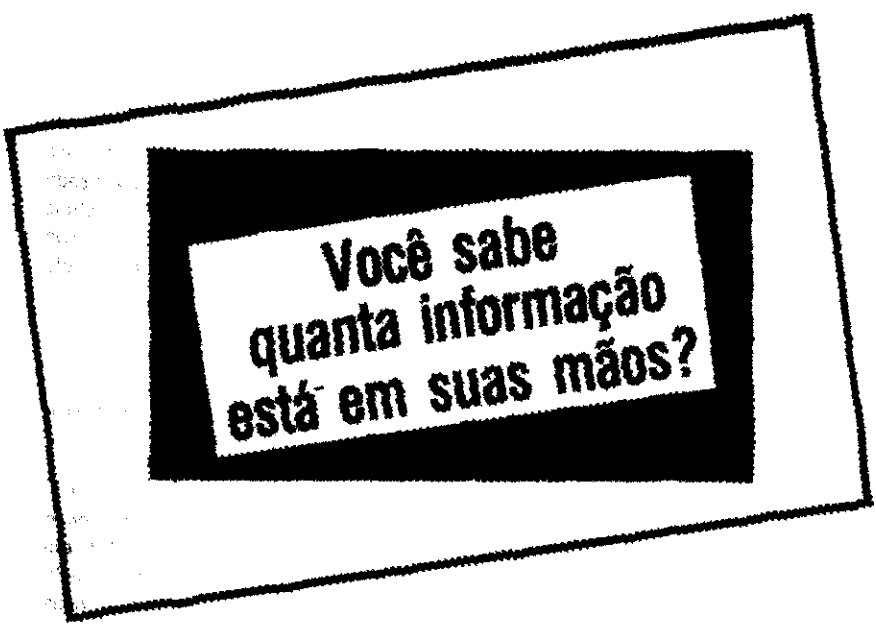
Recife, 29 de janeiro de 1986

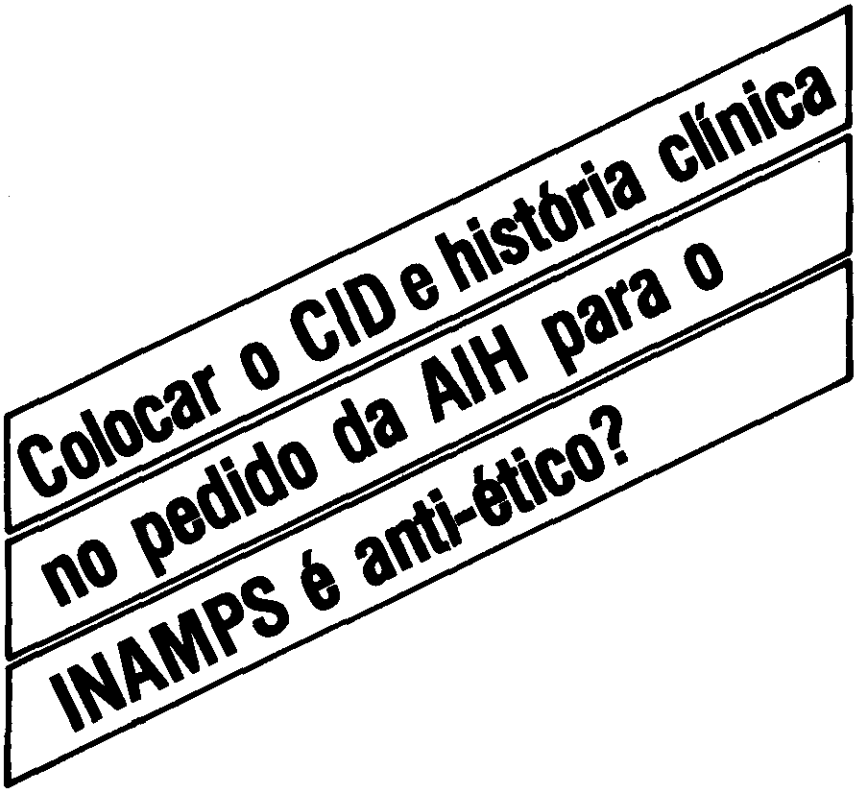
Cons.Sílo Tadeu Silveira Holanda Cavalcanti

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

Cons. Nay Cavalcanti
Presidente

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





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, conseqêntemente, 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 do 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

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. Dufton 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 oficiamente?
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 resguardar dam 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 vênia, 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 oficiamente 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 judiciamente 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.

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 Medidina, 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 inexiste 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

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. Gelmires 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 teremos 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 direito 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.

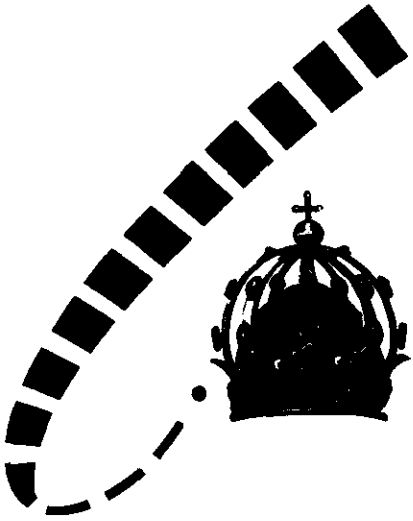
O Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais manifestou em seu parecer a disposição de apoiar reivindicações dessa natureza e o Conselho Federal de Medicina reafirma o seu compromisso em defender melhores condições de trabalho para os médicos brasileiros, intervindo junto aos profissionais 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

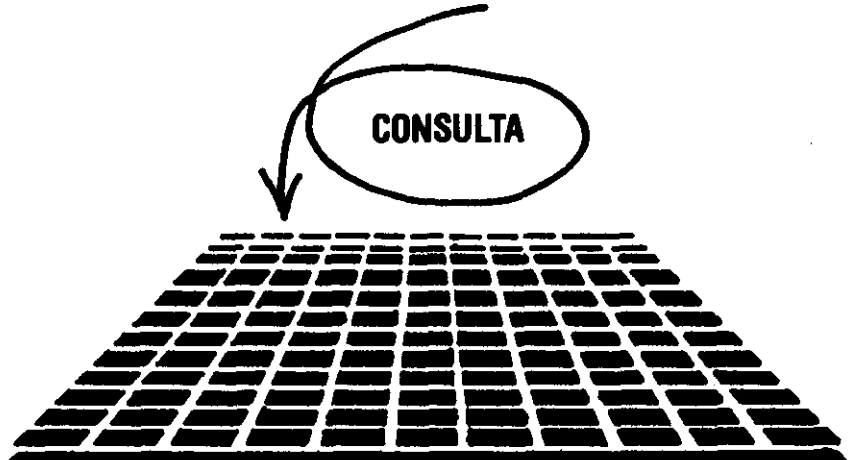
Parecer aprovado
Sessão Plenária em 12.02.87



ERRATA

AS LEIS DE MURPHY

No último número de "Arquivos" publicamos uma matéria sobre as "Leis do Rei Murphy", oriunda de um artigo sobre curiosidades. Cometemos um lapso involuntário de informação, porquanto as frases citadas não são de algum rei mas sim, do Capitão Americano Ed Murphy. A lei inicialmente citada, da qual derivaram outras semelhantes dizia "se alguma coisa puder dar errado, dará." Agradecemos aos leitores que nos comunicaram e nos desculpamos. Os livros sobre as Leis de Murphy encontram-se a venda em nossas livrarias e são uma interessante leitura.



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)

ESTUDANTE DE MEDICINA VOLTAMOS À INSISTIR

RESOLUÇÃO CFM Nº 663/75

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 estudante de medicina deve ter parte ativa no sistema educacional;

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

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

CONSIDERANDO QUE o programa educacional deve incorporar assistência ambulatorial e hospitalar para maior e melhor benefício do estudante de medicina;

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

CONSIDERANDO QUE não se deve separar educação médica da assistência médica;

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

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

CONSIDERANDO QUE a educação do estudante de medicina deve ser o começo de um processo contínuo;

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

RESOLVE:

1. **Determinar aos médicos que mantenham permanente supervisão dos procedimentos realizados por estudantes de medicina no trato com os doentes.**

2. **Determinar aos médicos que nessa supervisão procurem sempre fazer co-**

nhecidos dos estudantes de medicina todas as implicações éticas dos diferentes procedimentos e das diferentes situações encontradas no trato dos doentes.

3. Determinar aos médicos que procurem fazer conhecidas dos estudantes de medicina sob sua supervisão, as altas responsabilidades sociais da medicina e dos médicos em particular.

Rio de Janeiro, 28 de fevereiro de 1975.

MURILLO BASTOS BELCHIOR
Presidente

JOSÉ LUIZ GUIMARÃES SANTOS
Secretário-Geral

(Publicada no D.O.U. de 12.08.75 - Seção I - Parte II)

NÃO FALE

ESCREVA, DOCUMENTE, ASSINE E MANDE

NÓS TOMAREMOS PROVIDÊNCIAS

VOCÊ TAMBÉM É RESPONSÁVEL.

Código Brasileiro de Deontologia Médica
Artigo 6º - Acobertar erro ou conduta imoral de colega.

NÃO SE ARRISQUE

DR.! SE O ESTUDANTE ERRAR VOCÊ PAGA.
O ESTUDANTE NÃO É O RESPONSÁVEL
VOCÊ É O RESPONSÁVEL

Constituição Federal

Art. 107 – As pessoas jurídicas de direito público responderão pelos danos que seus funcionários, nessa qualidade, causarem a terceiros.

Código Civil

Art. 159 – Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência, ou imprudência, violar direito, ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano.

Art. 1521 - São também responsável pela reparação civil:

III – O patrão, amo ou comitente, por seus empregados serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou por ocasião dele (art. 1522).

Art. 1545 – Os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e dentistas são obrigados a satisfazer o dano, sempre que da imprudência, negligência, ou imperícia, em atos profissionais, resultar morte, inabilitação de servir, ou ferimento.

Código Penal

Art. 129 – Ofender a integridade corporal ou a saúde de ontrem.

Art. 282 – Exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de médico, dentista ou farmacêutico, sem autorização legal ou excedendo-lhe os limites.

Art. 283 – Inculcar ou anunciar cura por meio secreto ou infalível.

Art. 284 – Exercer o curandeirismo:

I – prescrevendo, ministrando ou aplicando, habitualmente, qualquer substância;

II – usando gestos, palavras ou qualquer outro meio;

III – fazendo diagnósticos.

LEIA COM ATENÇÃO

Como proceder.

ANÚNCIOS PUBLICIDADES ENTREVISTAS COMUNICAÇÕES

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.036/80

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuiçoes 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 intranquilidade.

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

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

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

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

DA COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

Rio de Janeiro, 19 de dezembro de 1980.

MURILLO BASTOS BELCHIOR
Presidente

JOSÉ LUIZ GUIMARÃES SANTOS
Secretário-Geral

Quem exige sempre o máximo, encontra aqui o melhor

Doutor, ensine a criança a andar. Pela segunda vez.

Aprender a andar é um impulso nato do ser humano, mas sempre com uma ajudazinha do adulto e quase sem perigo nenhum para a criança.

No entanto as crianças crescem e precisam aprender a andar no trânsito das grandes cidades, onde nem sempre há a mão do adulto para auxiliá-las a atravessar uma simples rua.

É por isso que foi criado MINUTRAN, um brinquedo, um jogo que ensina a criança a entender e interpretar os sinais de trânsito.

Brincando, brincando elas aprendem tudo sobre sinais e situações mais comuns nas ruas e estradas do país.

Ensine suas crianças a andar, Doutor, pela segunda vez. O sinal está aberto, com MINUTRAN.

COMISSÕES DE TRABALHO DE 1987

Gestão 1986/88

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

COMISSÃO DE ESTUDOS DO NOVO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Cons. Marco Aurélio Q. Cravo (Presidente)
Cons. Paulo Roberto C. Marquetti

COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

Cons. Ehrenfried O. Wittig (Presidente)
Cons. Antonio Leite Oliva Filho
Cons. Jackson Herrera

COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Cons. Nelson Egydio de Carvalho (Presidente)
Cons. Edison Matos Novak

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

COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

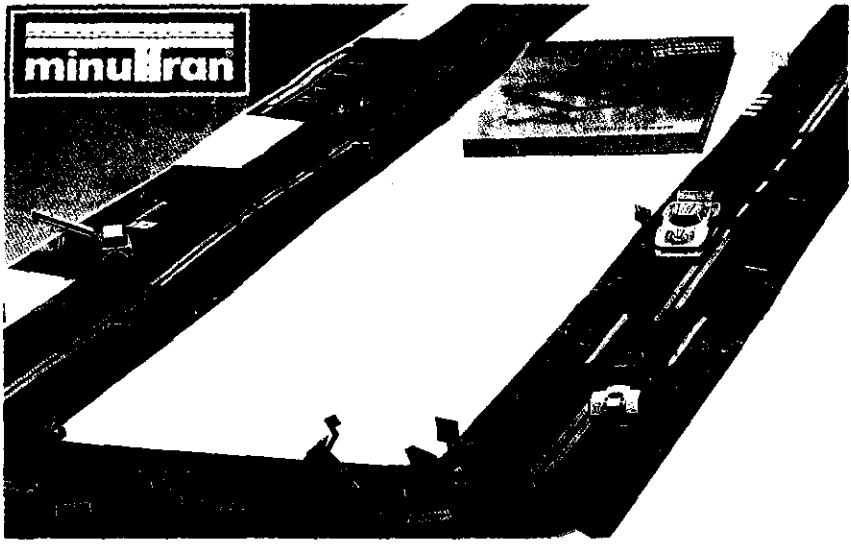
Cons. Hélio Germiniani (Presidente)
Cons. Luiz Fernando C.O. Braga
Cons. Ehrenfried O. Wittig

COMISSÃO DE LICITAÇÃO E LEILÃO

Cons. Marco Aurélio Q. Cravo (Presidente)
Cons. Edison Matos Novak
Cons. Jackson Herrera

COMISSÃO DA TABELA DE HONORÁRIOS MÉDICO (REPRESENTANTES JUNTO À AMP)

Cons. João Nassif (Presidente)



Desejo receber, o jogo MINUTRAN, na quantidade abaixo especificada:

Obs.: As despesas de Transporte serão pagas pelo adquirente.

Nome: _____

Endereço: _____

CEP _____ Cidade _____ Estado _____

Solicitamos o fornecimento de _____ jogos MINUTRAM módulo rodovia

X preço unitário de Cz$ 1.350,00 = Cz$ _____ total.

Forma de Pagamento:

☐ A) Em Dinheiro

☐ B) Em Cheque * Nº _____ Do Banco _____ Agência _____

☐ C) Ordem de Pagamento: Banestado Agência nº 0272 - C/C Nº 2667-0

*Favor emitir cheque nominal e cruzado a favor de Comunicare Criação Gráfica Ltda.

Descontos	
Até 31/03/88	Sem Desconto
Até 28/02/88	10%
Até 31/01/88	20%

- Preço Válido até 31/03/88

Endereço: Rua Brasilino Moura, 1520 - **Fone: (041) 253-4233**
CEP 80.530 - Curitiba - Paraná