Conselho Regional de Medicina do
Estado do Rio Grande do Sul

MANUAL TÉCNICO DISCIPLINAR 2017

10ª Edição

Conselho Regional de Medicina do
Estado do Rio Grande do Sul

MANUAL TÉCNICO DISCIPLINAR 2017

10ª Edição
Porto Alegre
2017

© 2017 Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul
Direitos Reservados

Todos os direitos do conteúdo técnico do **Manual Técnico Disciplinar 2017** são reservados ao Cremers – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida por qualquer meio, sem a prévia autorização do Cremers.

10ª Edição: 2.000 exemplares

Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul
Av. Princesa Isabel, 921 • Bairro Santana
CEP 90620-001 • Porto Alegre • RS
Fone: (51) 3219.7544
Fax: (51) 3217.1968
E-mail: cremers@cremers.org.br
Site: www.cremers.org.br

Elaboradores
Dr. Fernando Weber Matos
Presidente do Cremers

Maria Ernestina Marques Martins
Responsável Secretaria Assuntos Técnicos

Projeto e Design Gráfico
Stampa Comunicação Corporativa
Direção Geral – Eliane Casassola
Capa – Vitória Fedrizzi
Editoração –Thiago Pinheiro

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação:
Bibliotecária Daiane Schramm – CRB-10/1881

C755 Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul
Manual Técnico Disciplinar 2017. / - 10.ed. - CREMERS, 2017.
416p.; 14x21cm

1. Conselho Regional de Medicina. II. Manual Técnico.
I. Título.

CDU 614

CREMERS

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Gestão 2013/2018

Diretoria

Fevereiro/2017 a setembro/2018

Fernando Weber Matos
Presidente

Ismael Maguilnik
Vice-Presidente

Rogério Wolf de Aguiar
Primeiro-Secretário

Cláudio Balduino Souto Franzen
Segundo-Secretário

Iseu Milman
Tesoureiro

Coordenações

Regis de Freitas Porto • Corregedor
Joaquim José Xavier • Corregedor Adjunto
Jefferson Pedro Piva • Câmaras Técnicas
Antonio Celso Koehler Ayub • Fiscalização
Ércio Amaro de Oliveira Filho • Ouvidoria
Iseu Milman • Patrimônio
Isaias Levy • Portal da Transparência

Conselheiros

Airton Tetelbon Stein
Antônio Celso Koehler Ayub
Arthur da Motta Lima Neto
Asdrubal Falavigna
Céo Paranhos de Lima
Clotilde Druck Garcia
Diego Milan Menegotto
Dirceu Francisco de Araújo Rodrigues
Douglas Pedroso
Ércio Amaro de Oliveira Filho
Euclídes Viríssimo Santos Pires
Isabel Helena Forster Halmenschlager
Iseu Milman
Jair Rodrigues Escobar
Jefferson Pedro Piva
João Alberto Laranjeira
Jorge Luiza Fregapane
Léris Salete Bonfanti Haeffner
Luiz Alexandre Alegretti Borges
Luiz Carlos Bodanese
Maria Lúcia da Rocha Oppermann
Mário Antônio Fedrizzi
Mauro Antonio Czepeielewski
Newton Monteiro de Barros
Ney Arthur Vilamil de Castro Azembuja
Paulo Amaral
Paulo Henrique Poti Homrich
Phipadelpho Manoel Goubeia Filho
Raul Pruinelli
Ricardo Oliva Wilhelm
Sandra Helen Chiari Cabral
Sílvio Pereira Coelho
Tânia Regina da Fontoura Mota
Tomaz Barbosa Isolan

Delegados Seccionais

Luiz Carlos Diniz Barradas • Alegrete
César Alfeu Iamin de Mello • Bagé
José Vitor Zir • Bento Gonçalves
Leisa Maia Behr Gaspery • Cachoeira do Sul
Tiago Bonilha Souza • Camaquã
Airton Luiz Fiebig • Carazinho
Luciano Bauer Gröhs • Caxias do Sul
João Carlos Stona Heberle • Cruz Alta
Paulo César Rodrigues Martins • Erechim
Marilia Raymundo Thomé da Cruz • Ijuí
Fernando José Sartori Bertoglio • Lajeado
Luciano Alberto Strelow • Novo Hamburgo
Newton Cortela D'Arisbo• Osório
Joaquim Pozzobom Souza • Palmeira das Missões
Henrique Luiz Oliani • Passo Fundo
Victor Hugo Pereria Coelho • Pelotas
Fábio de Aguiar Lopes • Rio Grande
Gilberto Neumann Cano • Santa Cruz do Sul
João Alberto Larangeira • Santa Maria
Carlos Arthur da Silveira • Santa Rosa
Tiago Silveira de Araújo Lopes • Santana do Livramento
Rafael Rodrigues da Fontoura • Santo Ângelo
Ary Poerscke • São Borja
Luiz Carlos Maciel Nunes • São Gabriel
Roberto Schuster • São Jerônimo
Solange Maria Seidl Gomes • São Leopoldo
Lauro Erni Borth • Três Passos
Jorge Augusto Hecker Kappel • Uruguaiana

Nossa capa

Uma visita ao hospital, Luis Jiménez Aranda, 1894. Gravura de um médico examinando um paciente pela ausculta direta, na qual o médico aplica o ouvido no tórax do paciente para ouvir os sons produzidos durante a respiração. A pintura mostra um grupo de estudantes de medicina e enfermeiras observando o exame.

Fonte: www.antiquemed.com

Nossa capa

AUSCULTA DIRETA

As primeiras referências ao uso da ausculta para fins diagnósticos datam do período hipocrático (460 a 370 a.C.). Com a aplicação do ouvido ao tórax ou ao abdome do paciente, realizava-se a ausculta direta. Hipócrates descreveu o *succussionsplash* em um paciente com hidropneumotórax: um barulho produzido quando a cavidade de um corpo contendo água e ar é balançada bruscamente; distinguiu a presença de água ou pus no tórax, relatando som semelhante ao da fervura do vinagre quando se tratava de água; e relacionou, ainda, o atrito pleural, assemelhando o seu som ao de estalos do couro.

Desde Hipócrates até o século 17, pouco foi realizado em relação à ausculta cardíaca. De Motu Cordis, o célebre tratado de William Harvey (1578-1657), publicado em 1628, ensejou, no entanto, novo panorama para o exame da ausculta, ao descrever a fisiologia cardíaca. Nesse trabalho encontra-se a primeira descrição dos sons cardíacos: "[...] com cada movimento do coração, quando uma porção de sangue é transferida das veias para as artérias, um pulso é produzido, o que pode ser ouvido dentro do tórax [...] e eu descrevo o som como dois estalidos de um fole para elevar água."[1]

Antes do século 19, o exame cardíaco estava limitado à inspeção e à palpação. Apesar de conhecida, a ausculta direta raramente era utilizada. No entanto, Robert Hooke (1653-1703), distinto cientista inglês, aventava sobre a importância da ausculta: "Quem sabe, digo, seja possível descobrir os movimentos das partes internas do corpo [...] pelo som que elas produzem, alguém pode descobrir o trabalho executado pelas várias repartições e oficinas do corpo humano, e assim descobrir qual instrumento ou máquina está fora de ordem".[2]

Apesar do uso restrito, a ausculta direta proporcionou a investigação de diversas condições patogênicas.

Cornelius Stalpert Vander Wiel (1620) auscultou um atrito pericárdico em uma jovem que apresentava a face pálida e muito inchada, na qual ele afirmou ouvir bem distintamente a agitação de um líquido no pericárdio quando o coração estava pulsando.[2] James Douglas (1676-1742) relatou um sopro de regurgitação aórtica no coração de paciente cujo ventrículo esquerdo já estava bem dilatado: "E o que é mais incrível, algumas vezes o tremor e a pulsação fazem tal barulho no peito, que claramente pode ser ouvido a certa distância do leito".[2] Allan Burns (1781-1813) ressaltou ter ouvido um silvo que simulava um conjunto de correntes se encontrando. À dissecação ele observou que a valva mitral estava endurecida e em forma de rede. Especulou, então, que haveria uma abertura que durante a contração ventricular permitia que o sangue refluísse para o átrio esquerdo.[2] William Hunter (1718-1783), Anthelme Balthasar Richerand (1779-1840), Joseph Hodgson (1788-1869) e Dominique-Jean Larrey (1766-1842) referiram ausculta de sopro em casos de fístulas arteriovenosas.

Referências

1. *Hanna IR, Silverman ME. A History of cardiac auscultation and some of its contributors. Am J Cardiol. 2002;90:259-67.*

2. McKusick VA, Sharpe WD, Warner AO. An exhibition on the history of cardiovascular sound including the evolution of the stethoscope. Bull Hist Med. 1957;31(5):463-87.

Artigo: "A história do estetoscópio e da ausculta cardíaca"

The history of the stethoscope and cardiac auscultation

Alberto Pereira Ferraz[1]; Bruno Santos Soares[1]; Daniel Antônio de Albuquerque Terra[1]; José Agostinho Lopes[2]

1. Acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG – Brasil

2. Professor Adjunto do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG. Titular do Instituto Mineiro de História da Medicina. Belo Horizonte, MG – Brasil

Publicado na Revista Médica de Minas Gerias – Volume 21.4 – Out/Dez/2011 – páginas 479/485

Índice

	Apresentação	**15**
Capítulo 1	**Conselhos de Medicina**	**17**
	1.1 História	19
	1.2 Natureza Jurídica	20
	1.3 Conselheiros	21
	1.4 Legislação	21
	1.5 Código de Ética Médica	56
	1.6 Código de Processo Ético-Profissional	75
Capítulo 2	**O Segredo Médico**	**105**
Capítulo 3	**Prontuário Médico**	**109**
	3.1 Ordens de requisição	112
	3.2 Primeira providência	113
	3.3 Início de procedimento criminal – intervenção do Cremers	113
	3.4 *Habeas corpus*	113
	3.5 Aplicabilidade do *habeas corpus*	114

Capítulo 4	**Diretor Técnico e Diretor Clínico**	**119**
	4.1 Diretor Técnico	121
	4.2 Diretor Clínico	123
	4.3 A legislação	124
Capítulo 5	**Corpo Clínico**	**135**
Capítulo 6	**Regimento Interno do Corpo Clínico**	**143**
	6.1 Resoluções	158
Capítulo 7	**Comissão de Ética Médica**	**163**
Capítulo 8	**Fiscalização**	**177**
Capítulo 9	**Codame**	**187**
Capítulo 10	**Delegacias do Cremers**	**211**
	10.1 Legislação	217
Capítulo 11	**Setores do Cremers**	**229**
	11.1 Corregedoria	231
	11.2 Secretaria Operacional	242
	11.2.1 Pessoa Física	242
	11.2.2 Pessoa Jurídica	261

11.3 Tesouraria 273
11.4 Assessoria Jurídica 274
11.5 Ouvidoria 275
11.6 Comissões 277
11.7 Câmaras Técnicas 279

Capítulo 12 Atestado Médico 287

Capítulo 13 O Atestado de Óbito/Declaração de Óbito 301
13.1 Esclarecendo as dúvidas mais comuns 314
13.2 Conceitos importantes 319

Capítulo 14 Contatos/Setores do Cremers 321

Capítulo 15 Resoluções Cremers 325

Capítulo 16 Resoluções CFM 393

Apresentação

O Manual Técnico Disciplinar do Cremers chega devidamente revisado e atualizado à sua edição de 2017, organizado na forma de tornar as consultas mais objetivas e ágeis.

Agregado aos capítulos destinados à parte técnica – funcionamento do Cremers –, o volume destina também espaço à pesquisa. Destacamos ainda as Resoluções CFM 1.931/09 – Código de Ética Médica, CFM 2.145/16 – Código de Processo Ético-Profissional, CFM 2.152/16 – Comissão de Ética Médica e CFM 2.147/16 – Diretor Técnico e Diretor Clínico, utilize-as no seu dia a dia.

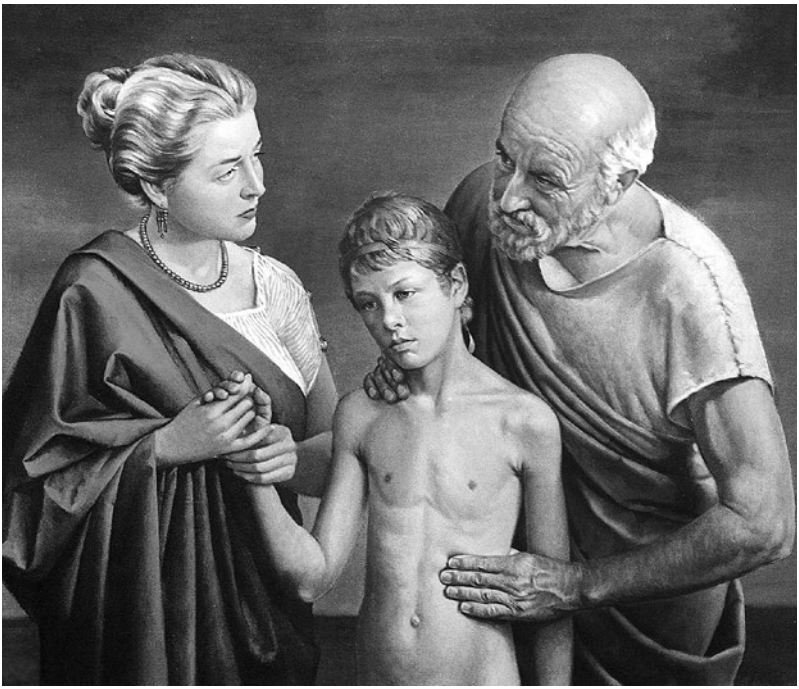
Esta edição é resultado de um trabalho constante e minucioso, realizado pela Diretoria Executiva, pelos conselheiros e pelos funcionários do Cremers. Nosso especial agradecimento à funcionária Maria Ernestina Marques Martins, pelo empenho e dedicação na elaboração desta obra.

Que todos façam bom uso deste Manual!

Fernando Weber Matos
Presidente

Capítulo 1

Conselhos de Medicina



O exame clínico como conhecemos hoje surgiu com Hipócrates que, pelo método indutivo, começou a criar a ciência (Reproduzido de Bender G, Thom R.).

Capítulo 1

Conselhos de Medicina

1.1 HISTÓRIA

Criados pelo Decreto-Lei 7.955 de 1945, os Conselhos Regionais de Medicina não se implantaram desde logo, devido à necessidade de definir-lhes as atribuições nos moldes de conselhos de outras profissões.

O Conselho Regional de Medicina, embora criado em 1945, tem um pouco mais de quatro décadas de existência, de vez que sua efetiva implantação, como moldada na Lei 3.268, só começou a efetivar-se ao longo de 1958.

À Lei 3.268 de 30 de setembro de 1957, publicada no Diário Oficial da União em 1º de outubro do mesmo ano, seguiu-se o Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, publicado no Diário Oficial da União no dia 25 desse mês, aprovando o regulamento do Conselho Federal e Conselhos Regionais.

Essa legislação criou o sistema numérico de inscrições que identifica o médico para o exercício da profissão.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul se estruturou, a partir da nova lei, no ano de 1958, embora tenha iniciado sua trajetória no Estado no ano de 1952.

Para a instalação dos regionais, o Conselho Federal de Medicina emitiu a Resolução 1, em 17 de dezembro de 1957, que tem como anexo o modelo de formulário para inscrição nos CRMs.

A Lei 3.268/57, assinada pelo presidente Juscelino Kubitschek, oficializou os CRMs como autarquias federais com poder e dever de fiscalizar o exercício profissional dos médicos.

1.2 NATUREZA JURÍDICA

Os conselhos de fiscalização do exercício profissional foram tradicionalmente definidos como autarquias federais, pois exercem atividade que, em princípio, seria do Estado.

Assim, a Lei 3.268/57, que instituiu os Conselhos Federal e Regionais de Medicina, define-os como autarquias dotadas de autonomia administrativa e financeira (art. 1º), gozando de personalidade jurídica de direito público.

Em face disso, gozam das prerrogativas e dos deveres das entidades de direito público. O diferencial é que não recebem verbas públicas, mas contribuições obrigatórias dos profissionais, cujo registro é imprescindível para o exercício da profissão.

Legislação posterior – Lei 6.839/80 – determinou que também as pessoas jurídicas que exerçam atividades profissionais – no caso atividade médica – devessem registrar-se nos conselhos, para efeito da fiscalização do exercício da atividade médica e das condições desse exercício (hospitais, clínicas, etc.).

Mais recentemente, ainda, foi tornado obrigatório o registro das empresas que se dedicam aos planos de saúde – Lei 9.656/98.

Em 1998, medida provisória, posteriormente convertida na Lei 9.649, transformou a natureza jurídica dos conselhos em entidades de direito privado.

Todavia, essa lei teve sua vigência suspensa por liminar concedida pelo Supremo Tribunal Federal, em Ação Direta de Inconstitucionalidade impetrada pelo PT, PDT e PC do B. Em razão dessa decisão do STF, os conselhos voltaram a ter a natureza de autarquias federais – entidades dotadas de personalidade de direito público, com autonomia financeira e administrativa, repristinada a Lei 3.268/57. A Adin já foi julgada definitivamente, no mérito, em 07 de novembro de 2000 e ainda publicada em 28 de março de 2003. Foi mantido o entendimento da liminar.

1.3 CONSELHEIROS

O Corpo de Conselheiros é composto de membros efetivos e suplentes, eleitos de acordo com as instruções aprovadas em resolução do Conselho Federal de Medicina, exercendo o mandato pelo prazo de cinco anos, devendo ter domicílio no estado do Rio Grande do Sul.

Ao corpo de conselheiros compete, além do previsto na Lei Federal 3.268 de 30 de setembro de 1957, o seguinte:
- Eleger membros da diretoria e das comissões permanentes
- Deliberar sobre as questões que lhe forem submetidas.

1.4 LEGISLAÇÃO

DECRETO 20.931 DE 11 DE JANEIRO DE 1932
(RET 20/01/1932)

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.

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 sanitária.

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. 1º 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 de 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, organizando, 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 títulos devidamente registrados, 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 seis meses a dois 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 seccional federal. Em qualquer caso da aplicação da penalidade, cabe recurso ao ministro da Educação e Saúde Pública.

Art. 13. Os que apresentarem oposição ou embaraço de qualquer ordem à ação fiscalizadora da autoridade sanitária, ou que a desacatarem no exercício de suas funções, ficam sujeitos a multa de 2:000$0 a 5:000$0, cobrável executivamente sem prejuízo da ação penal por desacato à autoridade que poderá ter lugar por denúncia do Ministério Público, na Justiça Federal, ou 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 dez anos de clínica no país, que comprovarem a idoneidade da escola por onde tenham se formado, a juízo da autoridade sanitária.

Art. 15. São deveres dos médicos:

a) Notificar dentro do primeiro trimestre de cada ano à Inspetoria da Fiscalização do Exercício da Medicina do 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 (art. 6º);

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-sanitário;

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 aviá-las, ou dar consulta em local contíguo a estabelecimento farmacêutico, em circunstâncias que induzam, a juízo do Departamento Nacional de Saúde, a existência de quaisquer ligações com o mesmo. *(Alínea "c" com redação dada pelo Decreto 26.747, de 03 de junho de 1949)*;

d) atestar o óbito de pessoa a quem não tenha prestado assistência médica;

e) firmar 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 verificado, 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 médico e farmacêutico quando formado em medicina e farmácia, devendo optar por uma delas, do que deverá ser dado 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 assistentes, 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 toxicomaníaca, 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 do 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 da Medicina do Departamento Nacional de Saúde Pública ou pela autoridade sanitária local, ficando sujeito seu receituário à 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 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 um a cinco 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 Publica 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.

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 os estabelecimentos de duchas ou banhos medicinais, só poderão funcionar sob a responsabilidade e direção técnica de médicos ou farmacêuticos, nos casos compatíveis com esta profissão, sendo indispensável para o seu funcionamento licença da autoridade sanitária.

Art. 25. Os institutos de beleza, sem direção médica, limitar-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 compe-

tente inspeção sanitária, devendo a transferência de 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 o seu funcionamento deverá o diretor técnico do estabelecimento enviar à autoridade sanitária competente 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 a 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 internos, com todas as especificações de identidade, e a anotação de todas as ocorrências verificadas desde a entrada até a saída do internado.

Art. 30. O cirurgião-dentista somente poderá prescrever agentes 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 no 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 da clínica odontológica.

Art. 34. É proibido às 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.

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 em estabelecimentos sob a 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 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 até que chegue o profissional.

Art. 38. É 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. É vedado às casas de ótica 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 ótica, 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 2:000$0 a 5:000$0 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 dois 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, mediante solicitações da Inspetoria de Fiscalização do Exercício da Medicina ou de qualquer outra autoridade competente.

Art. 44. Revogam-se as disposições em contrário.

LEI 3.268 DE 30 DE SETEMBRO DE 1957

(D.O.U. 01/10/57)

Dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências.

Art. 1º O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina, instituídos pelo Decreto-Lei 7.955, de 13 de setembro de 1945, passam a constituir em seu conjunto uma autarquia, sendo cada um deles dotado de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira.

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

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

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

Parágrafo único. Dos dez membros e respectivos suplentes do Conselho Federal, nove serão eleitos, por escrutínio secreto e maioria absoluta de votos, em assembleia 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 Governo Federal a emenda ou alteração do regulamento desta lei;

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

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

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

Art. 6º O mandato dos membros do Conselho Federal de Medicina será meramente honorífico e durará 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 à 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% da totalidade do imposto sindical pago pelos médicos;
b) um terço da taxa de expedição das carteiras profissionais;
c) um terço das multas aplicadas pelos Conselhos Regionais;
d) doações e legados;
e) subvenções oficiais;
f) bens e valores adquiridos;
g) um terço das anuidades percebidas pelos Conselhos Regionais.

Art. 12. Os Conselhos Regionais serão instalados em cada capital de Estado, em Território e no Distrito Federal, onde terão sua sede, sendo compostos de cinco membros, quando o Conselho tiver até cinquenta médicos inscritos, de dez, até cento e cinquenta médicos inscritos, de quinze, até trezentos médicos inscritos, e, finalmente, de 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 assembleia 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 segundo-secretários e tesoureiro.

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

Art. 15. São atribuições dos Conselhos Regionais:

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

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

c) fiscalizar o exercício de profissão de médico;

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

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

f) expedir carteira profissional;

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

h) promover, por todos os meios a 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 cometidos;

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

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

a) taxa de inscrição;

b) dois terços da taxa de expedição de carteiras profissionais;

c) dois terços da anuidade paga pelos membros inscritos no Conselho Regional;

d) dois terços das multas aplicadas de acordo com a alínea "d" do art. 22;

e) doações e legados;

f) subvenções oficiais;

g) bens e valores adquiridos.

Art. 17. Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

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.

§ 1º 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.

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

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

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

Art. 19. A carteira profissional, de que trata o art. 18, valerá 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, no termos do art. 18, § 1º.

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

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

a) advertência confidencial em aviso reservado;

b) censura confidencial em aviso reservado;

c) censura pública em publicação oficial;

d) suspensão do exercício profissional até trinta dias;

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

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

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

§ 3º À 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 trinta dias, contados da ciência, para o Conselho Federal, sem efeito suspensivo, salvo os casos das alíneas "c", "e" e "f", em que o efeito será suspensivo.

§ 5º Além do recurso previsto no parágrafo anterior, não caberá qualquer outro de natureza administrativa, salvo aos interessados a via judiciária para as ações que 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 assembleia geral de cada Conselho Regional os médicos inscritos, que se achem no pleno gozo de seus direitos e tenham aí a sede principal de sua atividade profissional.

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

Art. 24. À assembleia 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 que nos anos em que se tenha de realizar a eleição do Conselho Regional, de trinta a 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 assembleia 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 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 seis horas contínuas pelo menos.

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

Art. 28. O atual Conselho Federal de Medicina designará diretorias provisórias para os Conselhos Regionais dos Estados, Territórios e Distrito Federal, onde não houverem ainda sido instalados, que tomarão a seu cargo a sua instalação e a convocação, dentro de cento e oitenta dias, da assembleia 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 3.347, de 12 de junho de 1941.

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

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

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

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

Art. 36. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogados o Decreto-Lei 7.955, de 13 de setembro de 1945, e disposições em contrário.

DECRETO 44.045 DE 19 DE JULHO DE 1958

(D.O.U. 25/07/58)

Aprova o Regulamento do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Medicina a que se refere a Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957.

Art. 1º Fica aprovado o Regulamento do Conselho Federal de Medicina e Conselhos Regionais de Medicina que, assinado pelo Ministro de Estado dos Negócios da Saúde, com este baixa.

Art. 2º Este decreto entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Capítulo I
DA INSCRIÇÃO

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

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

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

a) nome por extenso;

b) nacionalidade;

c) estado civil;

d) data e lugar do nascimento;

e) filiação; e

f) Faculdade de Medicina pela qual se formou, sendo obrigatório o reconhecimento da firma do requerente.

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

a) original ou fotocópia autenticada do diploma de formatura, devidamente registrado no Ministério da Educação e Cultura;

b) prova de quitação com o serviço militar (se 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 de Saúde até 30 de setembro de 1957, sua inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina prescindirá da apresentação de diplomas, certificados ou cartas registradas no Ministério da Educação e Cultura, contanto que conste prova de registro naquelas Repartições do Ministério da Saúde.

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

Art. 3º A efetivação real do registro do médico só existirá depois da sua inscrição nos assentamentos dos Conselhos Regionais de Medicina e também depois da expedição da Carteira Profissional estatuída nos arts. 18 e 19 da Lei 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 a expedição da 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 a inscrever-se não possa deslocar-se de seu local de trabalho. Nesses casos, ser-lhe-ão enviados registrados pelo Correio, por intermédio do Tabelião da Comarca, os documentos a serem por ele autenticados, a fim de que o reque-

rente, em presença do Tabelião, os assine e neles aponha a impressão digital do polegar da mão direita, dentro do prazo máximo de 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. 6º Fica o médico obrigado a comunicar ao Conselho Regional de Medicina em que estiver inscrito a instalação do seu consultório ou local de trabalho profissional, assim como qualquer transferência de sede, ainda quando na mesma jurisdição.

§ 1º Quando houver mudança de sede de trabalho, bem como no caso de abandono temporário ou definitivo da profissão, obedecer-se-á às disposições dos §§ 1º, 2º, 3º e 4º do art. 18 da Lei 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 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, salvo no primeiro ano, quando será feito na ocasião da expedição da carteira profissional do interessado.

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

Art. 8º Os profissionais inscritos na forma da Lei 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 Assembleia Geral, uma carteira profissional numerada e registrada no Conselho Regional, contendo:

a) nome por extenso;
b) filiação;
c) nacionalidade e naturalidade;
d) data do nascimento;
e) designação da Faculdade de Medicina diplomadora;
f) número da inscrição anotada nesse Conselho Regional;
g) data dessa mesma inscrição;
h) retrato do médico, de frente, de 3 x 4 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) assinaturas do presidente e do secretário do Conselho Regional;
m) mínimo de três folhas para vistos e anotações sobre o exercício da medicina;
n) mínimo de três folhas para anotações de elogios, impedimentos e proibições;
o) declaração da validade da carteira como documento de identidade e de sua fé pública (art. 19 da Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957);
p) denominação do Conselho Regional respectivo.

Parágrafo único. O modelo da Carteira Profissional a que se refere o art. 18 da Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, será uniforme para todo o País e fixado pelo Conselho Federal de Medicina.

Capítulo III
DAS PENALIDADES NOS PROCESSOS ÉTICO-PROFISSIONAIS

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

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

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

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

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

Art. 13. As intimações poderão processar-se pessoalmente e ser certificadas nos autos, ou por carta registrada cuja cópia será a estes anexada, juntamente com o comprovante do registro. Se a parte intimada não 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 ou seus procuradores ter "vista" do processo, podendo, nesta oportunidade, tomar as notas que julgarem necessárias à defesa.

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

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

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

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

Art. 17. As penas disciplinares aplicáveis aos infratores da ética profissional são as seguintes:
a) advertência confidencial, em aviso reservado;
b) censura confidencial, em aviso reservado;
c) censura pública, em publicação oficial;
d) suspensão do exercício profissional, até 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 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 officio*.

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

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

Art. 21. O recurso *ex officio* será obrigatório nas decisões de que resultar cassação da autorização para o exercício profissional.

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

Art. 23. As execuções das penalidades impostas pelos Conselhos Regionais e pelo Conselho Federal de Medicina processar-se-ão na forma estabelecida pelas respectivas decisões, sendo anotadas tais penalidades na carteira profissional do médico infrator, como estatuído no § 4º do art. 18 da Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957.

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

Capítulo IV
DAS ELEIÇÕES

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

a) cinco membros, quando a região possuir até cinquenta médicos inscritos;
b) dez, até cento e cinquenta inscrições;
c) quinze, até trezentas; e finalmente;
d) vinte e um membros, quando houver mais de trezentas.

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

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 assembleia dos médicos inscritos na Região, mediante escrutínio secreto, entre sessenta e trinta dias antes do término dos mandatos e procedidos de ampla divulgação por editais nos Diários Oficiais do Estado, dos Territórios ou do Distrito Federal e em jornal de grande circulação na Região.

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

§ 1º o número de candidatos de cada chapa eleitoral será aquele indicado pelo art. 24 deste Regulamento menos um de conformidade com o disposto no art. 13 da Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 28. Para os fins de eleição a Assembleia Geral funcionará de conformidade com o art. 25 da Lei 3.268, de 30 de setembro de 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 relativo aos Conselhos Regionais constarão de Instruções baixadas pelo Conselho Federal, de conformidade com o art. 5º, letra "g" e art. 23 da Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957.

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

Capítulo V
DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

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

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

Art. 35. Haverá registro de chapas de candidatos ao Conselho Federal de Medicina mediante requerimento assinado, pelo menos, por três Delegados eleitores, 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 e quinze dias antes do término do mandato dos seus Membros, devendo ser a data escolhida comunicada aos Conselhos Regionais, com antecedência de trinta dias.

Art. 37. A mesa eleitoral será constituída, pelo menos, por três membros da diretoria do Conselho Federal.

§ 1º Depois de lidas as chapas registradas, o presidente procederá à chamada dos Delegados eleitores, que apresentarão suas credenciais.

§ 2º Cada delegado eleitor receberá uma sobrecarta rubricada pelo presidente da mesa, dirigindo-se ao gabinete indevassável para encerrar as chapas de conselheiros efetivos e suplentes na sobrecarta que lhe foi entregue.

§ 3º Voltando do gabinete indevassável, o delegado assinará a lista dos 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 ab-

soluta de votos no primeiro escrutínio, far-se-á imediatamente um segundo, no qual só serão sufragadas as duas chapas mais votadas.

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

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

Capítulo VI
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 41. O mandato dos membros dos Conselhos Regionais de Medicina será meramente honorífico e durará cinco 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 para que o Conselho funcione, processar-se-ão eleições necessárias ao preenchimento das vagas de membros efetivos e suplentes, na forma das instruções que forem baixadas pelo Conselho Federal e sob a presidência de uma diretoria, que será, segundo as eventualidades:

I. A própria diretoria do Conselho em questão, se ao menos os ocupantes dos cargos de presidente, primeiro-secretário e tesoureiro coincidirem com os conselheiros regionais remanescentes ou com a integração de outros médicos, se o número dos 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 art. 43 concluirão o mandato dos conselheiros que abriram vagas.

Art. 43. Os casos omissos do presente regulamento serão resolvidos pelo Conselho Federal de Medicina.

Capítulo VII
DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 44. Dentro do prazo de trinta 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 cobrados 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 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 3.268, de 30 de setembro de 1957.

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

LEI 11.000 DE 15 DE DEZEMBRO DE 2004

Altera dispositivos da Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, que 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 Os arts. 4º e 5º da Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, passam a vigorar com as seguintes alterações:

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

I – um representante de cada Estado da Federação;

II – um representante do Distrito Federal; e

III – um representante e respectivo suplente indicados pela Associação Médica Brasileira.

§ 1º Os conselheiros e respectivos suplentes de que tratam os incisos I e II serão escolhidos por escrutínio secreto e maioria de votos, presentes no mínimo vinte por cento, dentre os médicos regularmente inscritos em cada Conselho Regional.

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

"**Art. 5º** .....

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

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

Art. 2º Os Conselhos de fiscalização de profissões regulamentadas são autorizados a fixar, cobrar e executar as contribuições anuais, devidas por pessoas físicas ou jurídicas, bem como as multas e os preços de serviços, relacionados com suas atribuições legais, que constituirão receitas próprias de cada Conselho.

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

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

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

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

Art. 4º Fica revogado o art. 10 da Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957.

LEI 6.839 DE 30 DE OUTUBRO DE 1980

(D.O.U. 03/11/80)

Dispõe sobre o Registro de Empresas nas Entidades Fiscalizadoras do Exercício de Profissões.

Art. 1º O registro de empresas e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas encarregados, serão obrigatórios nas entidades competentes para a fiscalização do exercício das diversas profissões, em razão da atividade básica ou em relação àquela pela qual prestem serviços a terceiros.

Art. 2º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Revogam-se as disposições em contrário.

DECRETO 24.492 DE 28 DE JUNHO DE 1934

Baixa instruções sobre o Decreto 20.931, de 11 de janeiro de 1932, na parte relativa à venda de lentes de grau.

O chefe do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil, usando das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 1º do Decreto 19.398, de 11 de novembro de 1930.

DECRETA:

Art. 1º A fiscalização dos estabelecimentos que vendem lentes de grau em todo o território da República é regulada na forma dos arts. 3º, 39, 41 e 42 do Decreto 20.931, de 11 de janeiro de 1932 e exercida, no Distrito Federal, pela Inspetoria de Fiscalização de Exercício da Medicina, da diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social por intermédio do Serviço de Profilaxia das Moléstias Contagiosas dos Olhos, e nos Estados ficará a cargo das repartições sanitárias estaduais competentes.

Art. 2º Os especialistas do serviço de profilaxia das moléstias contagiosas dos olhos, na diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, no Distrito Federal, e a autoridade sanitária competente nos Estados, são os agentes dessa fiscalização e órgãos consultivos sobre os assuntos concernentes à venda de lentes de grau.

Art. 3º Dos atos e decisões das autoridades sanitárias cabe recurso para o Inspetor de Fiscalização do Exercício da Medicina quanto aos autos de infração, e dos demais atos ao diretor da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social e ao Ministério da Educação e Saúde Pública na forma da lei,

Art. 4º Será permitida, a quem requerer, juntando prova de competência e de idoneidade, habilitar-se a ser registrado como óptico, na Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico Social, ou nas repartições de higiene estaduais, depois de prestar exames perante peritos designados para esse fim pelo diretor da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, no Distrito Federal, ou pela autoridade sanitária competente nos Estados.

§ 1º O registro feito na Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico Social dá direito ao exercício da profissão de óptico prático em todo o território da República, e o feito nas repartições estaduais competentes é válido somente dentro do Estado em que o profissional se habilitou.

§ 2º Todo aquele que, na data da publicação do presente decreto, fizer prova de que tem mais de dez anos de exercício como óptico prático, no país, e comprovar sua idoneidade profissional, poderá requerer para, independente de exame, ser registrado na Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social ou nos serviços sanitários estaduais, a juízo da autoridade competente.

Art. 5º A autorização para o comércio de lentes de grau será solicitada à autoridade sanitária competente em requerimento assinado pelo proprietário ou sócio, ficando o requerente responsável pelo fiel cumprimento deste decreto.

Art. 6º Para obtenção da autorização ou licença respectiva, o estabelecimento comercial é obrigado a possuir:

I. no mínimo, um óptico prático, de acordo com o art. 4º deste decreto.

II. As seguintes lentes, no mínimo duas de cada espécie:

a. esféricas positivas, em grau crescente, de 0,25 D em 0,25 D, desde 0,25 D até 10 D, e, daí por diante de 1 D em, 1 D até 20 D;

b. esféricas negativas, em grau crescente, de 0,25 D a 0,25 D, desde 0,25 D até 10 D, e, daí por diante de 1 D em, 1 D até 20 D;

c. cilíndricas simples positivas, em grau crescente, desde 0,25 D até 4 D;

d. cilíndricas simples negativas, em grau crescente, desde 0,25 D até 4 D;

e. esfero-cilíndricas, positivas, desde 0,25 D, cilíndricas combinada com 0,25 D esférica e progressivamente até 2 D cil. com 6 D esférica;

f. esfero-cilíndricas negativas, desde 0,25 D, cilíndricas combinada com 0,25 D esférica e progressivamente até 2,50 D cil. com 10 D esférica;

g. vidros em brutos incolores e conservas que habilitem o aviamento das receitas de ótica.

Parágrafo único. A exigência do II só se tornará efetiva para os estabelecimentos já instalados, decorridos seis meses da publicação do presente decreto.

III. Os aparelhos seguintes: Pedra para rebaixar cristais, aparelhos para verificação do grau das lentes e respectiva montagem de lentes.

IV. Um livro para o registro de todas as receitas de óptica, legalizado com um termo de abertura e encerramento, com todas as folhas numeradas e devidamente rubricadas pela autoridade sanitária competente:

V. Na localidade em que não houver estabelecimento comercial que venda lentes de grau na forma do art. 6º, será permitida, a título precário, às farmácias ou a outro estabelecimento devidamente licenciado pelas autoridades sanitárias, a venda de lentes de grau, cessando, porém, esta licença, seis meses depois da instalação de estabelecimento licenciado na forma do presente decreto.

Art. 7º No livro de registro serão transcritas textualmente as receitas de óptica aviadas, originais ou cópias, com o nome e residência do paciente bem como do médico oculista.

Art. 8º O livro registro das prescrições ópticas ficará sujeito ao exame da autoridade sanitária, sempre que esta entender conveniente.

Art. 9º Ao óptico prático do estabelecimento compete:

a) a manipulação ou fabrico das lentes de grau;

b) o aviamento perfeito das fórmulas ópticas fornecidas por médico oculista;

c) substituir por lentes de grau idêntico aquelas que lhe forem apresentadas danificadas;

d) datar e assinar diariamente o livro de registro do receituário de óptica.

Art. 10. O óptico prático assinará na Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, no Distrito Federal, ou em repartição competente, nos Estados, juntamente com o requerente, de acordo com o art. 5º um termo de responsabilidade como técnico do estabelecimento e, com o proprietário ficará solidariamente responsável por qualquer infração deste decreto, na parte que lhe for afeta.

Art. 11. O óptico registrado não poderá ser responsável por mais de um estabelecimento de venda de lentes de grau.

Art. 12. Nenhum médico oculista, na localidade em que exercer a clínica, nem a respectiva esposa, poderá possuir ou ter sociedade para explorar o comércio de lentes de grau.

Art. 13. É expressamente proibido ao proprietário, sócio, gerente, ótico prático e demais empregados do estabelecimento, escolher ou permitir escolher, indicar ou aconselhar o uso de lentes de grau, sob pena de processo por exercício ilegal da medicina, além das outras penalidades previstas em lei.

Art. 14. O estabelecimento de venda de lentes de grau só poderá fornecer lentes de grau mediante apresentação da fórmula ótica de médico, cujo diploma se ache devidamente registrado na repartição competente.

Art. 15. Ao estabelecimento de venda de lentes de grau só é permitido, independente da receita médica, substituir por lentes de grau idêntico aquelas que forem apresentadas danificadas, vender vidros protetores sem grau, executar consertos nas armações das lentes e substituir quando necessário.

Art. 16. O estabelecimento comercial de venda de lentes de grau não pode ter consultório médico, em qualquer de seus compartimentos ou dependências, não sendo permitido ao médico sua instalação em lugar de acesso obrigatório pelo estabelecimento.

§ 1º É vedado ao estabelecimento comercial manter consultório médico mesmo fora das suas dependências; indicar médico oculista que dê aos seus recomendados as vantagens não concedidas aos demais clientes e distribuir cartões ou vales que deem direito a consultas gratuitas, remuneradas ou com redução de preço.

§ 2º É proibido aos médicos oftalmologistas, seja por que processo for, indicar determinado estabelecimento de venda de lentes de grau para o aviamento de suas prescrições.

Art. 17. É proibida a existência de câmara escura no estabelecimento de venda de lentes de grau, bem assim ter em pleno funcionamento aparelhos próprios para o exame dos olhos, cartazes e anúncios com oferecimento de exame da vista.

Art. 18. Os estabelecimentos comerciais que venderem por atacado lentes de grau, só poderão fornecer as mesmas aos estabelecimentos licenciados na forma do presente decreto e mediante pedido por escrito, datado e assinado, que será arquivada na casa atacadista.

Art. 19. A Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico Social fará publicar mensalmente no Diário Oficial a relação dos estabelecimentos devidamente licenciados.

Art. 20. A infração de qualquer dos dispositivos do presente decreto será punida com a multa de Cr$ 50,00 a Cr$ 5.000,00, conforme a sua natureza, cobrada executivamente no caso de falta do pagamento da mesma no prazo da lei, sem prejuízo das demais penas criminais.

Art. 21. As multas previstas neste decreto serão impostas, no Distrito Federal, pelo chefe do Serviço de Profilaxia das Moléstias Contagiosas dos Olhos, ou por quem suas vezes fizer, obedecendo todo o disposto na parte Sexta, Capítulo I do Regulamento 16.300, de 31 de dezembro de 1933, e nos Estados pelo diretor dos respectivos serviços sanitários ou pela autoridade por este designada.

Art. 22. A verificação das infrações deste decreto poderá ser requerida à autoridade competente por quem se considerar por elas prejudicado, sendo os autos de infração nestes casos, como nos demais, lavradas de acordo com o artigo anterior.

Art. 23. Os casos omissos no presente decreto serão resolvidos por instruções do diretor da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, aprovadas pelos Ministérios da Educação e Saúde Pública.

Art. 24. O presente decreto entrará em vigor no prazo de lei.

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário.

1.5 CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

RESOLUÇÃO CFM 1.931/09
(D.O.U. 24/09/09, Seção I, p. 90)
(Retificação D.O.U. 13/10/09, Seção I, p.173)

Aprova o Código de Ética Médica.

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

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

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

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

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

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

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

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 17 de setembro de 2009.

RESOLVE:

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

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

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

Brasília, 17 de setembro de 2009.

Código de Ética Médica
PREÂMBULO

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

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

III - Para o exercício da medicina impõe-se a inscrição no Conselho Regional do respectivo Estado, Território ou Distrito Federal.

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

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

VI - Este Código de Ética Médica é composto de vinte e cinco princípios fundamentais do exercício da Medicina, dez normas diceológicas, cento e dezoito normas deontológicas e quatro disposições gerais. A transgressão das normas deontológicas sujeitará os infratores às penas disciplinares previstas em lei.

CAPÍTULO I
PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

I - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

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

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

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

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

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

VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

VIII - O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

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

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

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

XII- O médico empenhar-se-á pela melhor adequação do trabalho ao ser humano, pela eliminação e pelo controle dos riscos à saúde inerentes às atividades laborais.

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

XIV - O médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

XV - O médico será solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração digna e justa, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético- profissional da medicina e seu aprimoramento técnico-científico.

XVI - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

XVII - As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

XVIII - O médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos.

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo II
DIREITOS DOS MÉDICOS

É direito do médico:

I - Exercer a medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.

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

III - Apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

IV - Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará imediatamente sua decisão à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina.

V - Suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

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

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

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

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

X- Estabelecer seus honorários de forma justa e digna.

Capítulo III
RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 9º Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.

Parágrafo único. Na ausência de médico plantonista substituto, a direção técnica do estabelecimento de saúde deve providenciar a substituição.

Art. 10. Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a medicina ou com profissionais ou instituições médicas nas quais se pratiquem atos ilícitos.

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

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

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

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

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

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

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

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

I – criar seres humanos geneticamente modificados;

II – criar embriões para investigação;

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

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

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

Art. 17. Deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado.

Art. 18. Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.

Art. 19. Deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da medicina.

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

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

Capítulo IV
DIREITOS HUMANOS

É vedado ao médico:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo V
RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:

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

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

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

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico,

os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

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

Art. 36. Abandonar paciente sob seus cuidados.

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

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

Art. 37. Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento.

Parágrafo único. O atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina.

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

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

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

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

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

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

Capítulo VI
DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS

É vedado ao médico:

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

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

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

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

Capítulo VII
RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS

É vedado ao médico:

Art. 47. Usar de sua posição hierárquica para impedir, por motivo de crença religiosa, convicção filosófica, política, interesse econômico ou qualquer outro, que não técnico-científico ou ético, que as instalações e os demais recursos da instituição sob sua direção, sejam utilizados por outros médicos no exercício da profissão, particularmente se forem os únicos existentes no local.

Art. 48. Assumir emprego, cargo ou função para suceder médico demitido ou afastado em represália à atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria ou da aplicação deste Código.

Art. 49. Assumir condutas contrárias a movimentos legítimos da categoria médica com a finalidade de obter vantagens.

Art. 50. Acobertar erro ou conduta antiética de médico.

Art. 51. Praticar concorrência desleal com outro médico.

Art. 52. Desrespeitar a prescrição ou o tratamento de paciente, determinados por outro médico, mesmo quando em função de

chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível benefício para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.

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

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

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

Art. 56. Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.

Art. 57. Deixar de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à comissão de ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

Capítulo VIII
REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 58. O exercício mercantilista da medicina.

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

Art. 60. Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico para efeito de cobrança de honorários.

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

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

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

Art. 64. Agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente atendido

pelo sistema público de saúde ou dele utilizar-se para a execução de procedimentos médicos em sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais.

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 72. Estabelecer vínculo de qualquer natureza com empresas que anunciam ou comercializam planos de financiamento, cartões de descontos ou consórcios para procedimentos médicos.

Capítulo IX
SIGILO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

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

Parágrafo único. Permanece essa proibição:

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

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

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

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

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

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

Art.77. Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito. (nova redação – Resolução CFM 1997/12)

Art. 78. Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido.

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

Capítulo X
DOCUMENTOS MÉDICOS

É vedado ao médico:

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

Art. 81. Atestar como forma de obter vantagens.

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

Art. 83. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

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

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

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

Art. 87. Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

§ 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

§ 2º O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.

Art. 88. Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.

Art. 89. Liberar cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando autorizado, por escrito, pelo paciente, para atender ordem judicial ou para a sua própria defesa.

§ 1º Quando requisitado judicialmente o prontuário será disponibilizado ao perito médico nomeado pelo juiz.

§ 2º Quando o prontuário for apresentado em sua própria defesa, o médico deverá solicitar que seja observado o sigilo profissional.

Art. 90. Deixar de fornecer cópia do prontuário médico de seu paciente quando de sua requisição pelos Conselhos Regionais de Medicina.

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

Capítulo XI
AUDITORIA E PERÍCIA MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 92. Assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame.

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo XII
ENSINO E PESQUISA MÉDICA

É vedado ao médico:

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

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

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

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

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

Parágrafo único. A utilização de terapêutica experimental é permitida quando aceita pelos órgãos competentes e com o consentimento do paciente ou de seu representante legal, adequadamente esclarecidos da situação e das possíveis consequências.

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

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

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

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

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

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

Art. 109. Deixar de zelar, quando docente ou autor de publicações científicas, pela veracidade, clareza e imparcialidade das informações

apresentadas, bem como deixar de declarar relações com a indústria de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos, implantes de qualquer natureza e outras que possam configurar conflitos de interesses, ainda que em potencial.

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

Capítulo XIII
PUBLICIDADE MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 111. Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da sociedade.

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

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

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

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

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

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

Art. 118. Deixar de incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, o seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Nos anúncios de estabelecimentos de saúde devem constar o nome e o número de registro, no Conselho Regional de Medicina, do diretor técnico.

Capítulo XIV
DISPOSIÇÕES GERAIS

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

II - Os médicos que cometerem faltas graves previstas neste Código e cuja continuidade do exercício profissional constitua risco de danos irreparáveis ao paciente ou à sociedade poderão ter o exercício profissional suspenso mediante procedimento administrativo específico.

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

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

1.6 CÓDIGO DE PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL

RESOLUÇÃO CFM 2.145/16
(D.O.U. 27/10/16, Seção I, p. 329)

Código de Processo Ético-Profissional (CPEP) no âmbito do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselhos Regionais de Medicina (CRMs).

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, modifica do pelo Decreto 6.821, de 14 de abril de 2009, e pela Lei 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e, consubstanciado nas leis 6.838, de 29 de outubro de 1980, e 9.784, de 29 de janeiro de1999; e

CONSIDERANDO que as normas do processo ético-profissional devem submeter-se aos dispositivos constitucionais vigentes;

CONSIDERANDO as propostas formuladas pelos Conselhos Regionais de Medicina para a atualização e revisão do Código de Processo Ético-Profissional;

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, utilizando todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

CONSIDERANDO o que ficou decidido na sessão plenária de 17 de maio de 2016,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Código de Processo Ético-Profissional (CPEP) anexo, que passa a fazer parte desta resolução.

§ 1º Tornar obrigatória sua aplicação em todo o território nacional no âmbito dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

§ 2º As normas do novo Código de Processo Ético-Profissional (CPEP) são aplicadas de imediato às sindicâncias e aos processos ético-profissionais (PEP) em trâmite, sem prejuízo da validade dos atos processuais realizados sob a vigência do Código anterior.

Art. 2º Este Código de Processo Ético-Profissional (CPEP) entrará em vigor depois de decorridos noventa dias, a partir da data de sua publicação no Diário Oficial da União e no sítio eletrônico do CFM, revogando a Resolução CFM 2.023/13, a Resolução CFM 1.987/12 (Interdição Ética Cautelar) e Resolução CFM 1.967/11 (Termo de Ajustamento de Conduta – TAC).

Capítulo I
DO PROCESSO EM GERAL

Seção I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º A sindicância e o processo ético-profissional (PEP) nos Conselhos Regionais de Medicina (CRM) e no Conselho Federal de Medicina (CFM) serão regidos por este Código de Processo Ético-Profissional (CPEP) e tramitarão em sigilo processual.

Parágrafo único. As sanções confidenciais, previstas no art. 22, letras "a" e "b" da Lei 3.268/57, não poderão ser tornadas públicas, mesmo após a conclusão definitiva do PEP.

Art. 2º A competência para apreciar e julgar infrações éticas é do CRM em que o médico esteja inscrito ao tempo da ocorrência do fato punível.

Parágrafo único. A competência para instaurar sindicância, analisar seu relatório e, se for o caso, instaurar o PEP e sua instrução é do CRM onde o fato punível ocorreu, ainda que o médico não possua inscrição na respectiva circunscrição; ou, tendo sido inscrito, já tenha sido transferido para a circunscrição de outro CRM.

Art. 3º A apreciação de sindicância ou o julgamento do PEP poderá ser desaforado por decisão fundamentada da plenária ou da câmara respectiva, com a remessa dos autos ao Conselho Federal de Medicina.

Art. 4º A sindicância e o PEP terão forma de autos judiciais, com as peças anexadas por termo e os despachos, pareceres, notas técnicas, petições e decisões ou acórdãos juntados em ordem cronológica, sendo vedada a juntada de qualquer peça ou documento no verso de folhas já constantes nos autos.

Art. 5º O processo e julgamento das infrações às disposições previstas no Código de Ética Médica (CEM) são independentes, não estando em regra, vinculado ao processo e julgamento da questão criminal ou cível sobre os mesmos fatos.

§ 1º A responsabilidade ético-profissional é independente da criminal.

§ 2º A sentença penal absolutória somente influirá na apuração da infração ética quando tiver por fundamento o art. 386, incisos I (estar provada a inexistência do fato) e IV (estar provado que o réu não concorreu para a infração penal) do Decreto-Lei 3.689/41 (CPP).

Art. 6º A apreciação de sindicância e a instrução e o julgamento do PEP que envolva conselheiro obedecerá as seguintes regras:

I – a sindicância será instruída pelo CRM onde o fato ocorreu e sua apreciação, por decisão fundamentada da plenária, poderá ser desaforada, com a remessa dos autos ao CFM;

II – decidida a instauração do PEP, a instrução ocorrerá no CRM onde o fato ocorreu, que o remeterá ao CFM para desaforamento do julgamento.

Art. 7º O presidente dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina poderão delegar aos corregedores a designação do conselheiro sindicante, instrutor, relator e revisor.

Art. 8º A sindicância será analisada em câmara específica.

Art. 9º O PEP será julgado diretamente pelo pleno nos CRMs que não possuírem, regimentalmente, câmaras de julgamento.

Art. 10. Os servidores dos CRMs, obrigados ao sigilo processual, poderão receber delegação para a prática de atos de administração de mero expediente sem caráter decisório;

Art. 11. O CRM poderá suspender o curso do prazo processual nos dias compreendidos entre 20 de dezembro e 20 de janeiro, inclusive.

Seção II
DA SINDICÂNCIA

Art. 12. A sindicância será instaurada:
I – de ofício pelo próprio CRM;

II – mediante denúncia escrita ou verbal, com identificação completa do denunciante, na qual conste o relato circunstanciado dos fatos, e quando possível, a qualificação completa do médico denunciado, com a indicação das provas documentais.

§ 1º A denúncia verbal deverá ser tomada a termo por servidor designado.

§ 2º A denúncia deverá ser dirigida ao CRM, devidamente assinada pelo denunciante, seu representante legal ou por procurador devidamente constituído.

§ 3º Caso a denúncia esteja deficiente a ponto de comprometer sua exata compreensão em relação aos fatos e provas, o corregedor poderá conceder ao denunciante prazo de 15 dias para sua complementação.

§ 4º Se o denunciante não cumprir o disposto no parágrafo antecedente, o corregedor levará a denúncia para apreciação da câmara de sindicância, onde poderá ser arquivada ou determinada a instauração de sindicância de ofício, para apurar os fatos nela contidos.

§ 5º A sindicância poderá ser arquivada por desistência da parte denunciante a critério de decisão da Câmara do CRM e, somente será admitida nos casos em que não envolvam lesão corporal de natureza grave (art. 129, §§ 1º a 3º do Código Penal), assédio sexual ou óbito do paciente.

§ 6º A denúncia anônima não será aceita.

Art. 13. Determinada a instauração de sindicância, o corregedor nomeará conselheiro sindicante para apresentar relatório conclusivo que deverá conter obrigatoriamente:

I – identificação completa das partes, quando possível;

II – descrição dos fatos e circunstâncias em que ocorreram;

III – indicação da correlação entre os fatos apurados e a eventual infração ao Código de Ética Médica;

IV – conclusão indicando a existência ou inexistência de indícios de infração ao Código de Ética Médica;

§ 1º Na parte conclusiva, o relatório deve apontar os indícios da materialidade e da autoria dos fatos apurados, de modo específico a cada artigo do CEM supostamente infringido.

§ 2º A sindicância tramitará no CRM do local da ocorrência do fato por até cento e oitenta dias, podendo, por motivo justificado, esse prazo ser excedido.

Art. 14. Se com a denúncia forem oferecidos elementos fáticos e documentais suficientes, o corregedor determinará a abertura de sindicância. Neste caso, o sindicante elaborará imediato relatório que será levado à câmara de sindicância para apreciação.

Art. 15. A comissão de ética médica dos estabelecimentos de saúde deverá encaminhar ao CRM as denúncias e/ou condutas antiéticas que tiver ciência, nos termos da resolução específica.

Parágrafo único. Na inexistência da comissão de ética médica nos estabelecimentos de saúde, caberá ao diretor clínico fazer a comunicação prevista no caput.

Art. 16. A pessoa jurídica, pública ou privada, poderá exercer o direito de denúncia, devendo ser representadas por quem a lei ou os respectivos estatutos indicarem, ou no silêncio destes, pelos seus diretores ou sócios-gerentes.

Art. 17. O relatório conclusivo da sindicância, devidamente fundamentado, será levado à apreciação da câmara de sindicância, com o seguinte encaminhamento:

I – propor conciliação, quando pertinente;

II – propor termo de ajustamento de conduta (TAC), quando pertinente;

III – arquivamento: se indicar a inexistência de indícios de infração ao Código de Ética Médica;

IV – instauração de PEP: se indicar a existência de indícios de infração ao Código de Ética Médica, cumulada ou não de proposta de interdição cautelar. Neste caso, os autos serão encaminhados ao corregedor a quem competirá assinar portaria de abertura de PEP; bem como nomear conselheiro instrutor;

V – instauração de procedimento administrativo para apurar doença incapacitante, nos termos de resolução específica.

§ 1º Havendo necessidade de qualquer diligência, os autos serão remetidos ao conselheiro sindicante para que a cumpra na forma em que for deliberada pela câmara, no prazo de trinta dias.

§ 2º Qualquer membro da câmara, não se sentindo apto a se manifestar, poderá pedir vistas dos autos pelo prazo de trinta dias.

§ 3º O relatório conclusivo da sindicância que determinar a instauração de PEP, na forma do art. 17, inciso IV, acompanhará o mandado de citação do denunciado.

§ 4º Em caso de divergência ao relatório do sindicante, o voto divergente deverá ser formalizado e juntado aos autos.

§ 5º A instauração de PEP, quando cumulada com interdição cautelar, é da competência exclusiva do pleno do CRM.

§ 6º O processo administrativo para apurar doença incapacitante tramitará em autos próprios, com a suspensão do PEP por até noventa dias prorrogáveis uma única vez por igual período.

Seção III
DA CONCILIAÇÃO

Art. 18. A conciliação entre as partes somente será admitida nos casos em que não envolvam lesão corporal de natureza grave (art. 129, §§ 1º a 3º do Código Penal), assédio sexual ou óbito do paciente, e dependerá de proposta do conselheiro sindicante ou de outro membro da Câmara, com aprovação da câmara de sindicância.

§ 1º Após a aprovação do relatório conclusivo da sindicância, não será mais cabível a proposta de conciliação.

§ 2º É vedado qualquer acerto pecuniário no âmbito da conciliação.

§ 3º Proposta e aceita a conciliação pelas partes, após sua homologação pela câmara de sindicância, não caberá qualquer recurso.

§ 4º No caso de a conciliação não obter êxito, a sindicância prosseguirá em seus termos.

Seção IV
DO TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA (TAC)

Art. 19. O Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) é o ato jurídico pelo qual a pessoa, física ou jurídica, em regra, reconhecendo implicitamente que sua conduta ofende ou pode ofender interesse ético individual ou coletivo, assume, perante órgão público legitimado, o compromisso de eliminar a ofensa ou o risco, através da adequação de seu comportamento às exigências legais e éticas, mediante formalização de termo.

§ 1º O TAC depende de proposta do conselheiro sindicante ou de outro membro da câmara, após a apresentação de seu relatório conclusivo, e será firmado após aprovação pela câmara de sindicância.

§ 2º O TAC será admitido nos casos em que não envolvam lesão corporal de natureza grave (art. 129, §§ 1º a 3º do Código Penal), assédio sexual ou óbito do paciente.

Art. 20. O TAC é sigiloso e será assinado por membro da câmara de sindicância que o aprovar ou o corregedor e o médico interessado, tendo como embasamento legal a Lei 7.347/85 e inciso II do art. 17 deste CPEP.

§ 1º O CRM figurará no TAC como compromitente e o médico interessado como compromissário.

Art. 21. São cláusulas obrigatórias do TAC, dentre outras:

I – objeto: descreve o(s) fato(s) imputado(s) ao médico;

II – cláusula de comportamento: impõe ao médico portar-se de acordo com o determinado no TAC;

III – cláusula de suspensão da sindicância: fixa o prazo de suspensão da sindicância, com atenção aos prazos prescricionais estabelecidos no CPEP;

IV – cláusula de fiscalização: define como será feita a fiscalização do TAC e como deverá o médico compromissário demonstrar o cumprimento das metas e obrigações assumidas;

Art. 22. O TAC não pode ser firmado nos autos da sindicância que tenha no polo ativo a figura do denunciante.

§1º A fiscalização do cumprimento dos termos contidos no TAC caberá à corregedoria do CRM respectivo.

Art. 23. O descumprimento dos termos e condições contidas no TAC implicará a abertura de PEP.

Art. 24. O médico que aderir a um TAC ficará impedido de firmar novo TAC, sobre qualquer assunto, pelo período de cinco anos.

Seção V
DA INTERDIÇÃO CAUTELAR DO EXERCÍCIO DA MEDICINA

Art. 25. O pleno do CRM, por maioria simples de votos e respeitando o quórum mínimo, poderá interditar cautelarmente o exercício profissional de médico cuja ação ou omissão, decorrentes do exercício de sua profissão, esteja notoriamente prejudicando seu paciente ou à população, ou na iminência de fazê-lo.

§ 1º A interdição cautelar poderá ser aplicada quando da instauração do PEP, ou no curso da instrução, na sessão de julgamento ou na fase recursal;

§ 2º Os casos de interdição cautelar serão imediatamente informados ao CFM pelo CRM de origem.

Art. 26. A interdição cautelar ocorrerá desde que existam nos autos elementos de prova que evidenciem a probabilidade da autoria e da materialidade da prática do procedimento danoso pelo médi-

co, a indicar a verossimilhança da acusação, e haja fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação ao paciente, à população e ao prestígio e bom conceito da profissão, caso ele continue a exercer a medicina.

§ 1º Na decisão que determinar a interdição cautelar, o CRM indicará, de modo claro e preciso, as razões de seu convencimento.

§ 2º A decisão de interdição cautelar terá efeito imediato e implicará o impedimento, total ou parcial, do exercício da medicina até o julgamento final do PEP, que deverá ser obrigatoriamente instaurado.

§ 3º A interdição cautelar poderá ser modificada ou revogada a qualquer tempo pela plenária do CRM ou, em grau de recurso, pela plenária do CFM, em decisão fundamentada.

Art. 27. O médico interditado cautelarmente do exercício total ou parcial da medicina será notificado da decisão, sendo contado o prazo recursal de trinta dias a partir da juntada aos autos do recebimento da ordem de interdição, sem efeito suspensivo.

Art. 28. Recebido o recurso no CFM, o corregedor o remeterá à Coordenação Jurídica (Cojur) para exame de admissibilidade e emissão de Nota Técnica (NT) no prazo de quinze dias, caso seja arguida alguma preliminar processual.

Parágrafo único. Com ou sem NT, o recurso será imediatamente distribuído a um conselheiro-relator que terá trinta dias para elaborar seu relatório e voto, devendo ser pautado para julgamento na sessão plenária subsequente.

Art. 29. A decisão de interdição cautelar terá abrangência nacional e será publicada no Diário Oficial e no sítio eletrônico dos Conselhos de Medicina, com a identificação das partes.

Art. 30. A decisão de interdição cautelar deverá ser comunicada aos estabelecimentos aonde o médico exerce suas atividades.

Art. 31. O PEP no bojo do qual tiver sido decretada a interdição cautelar do exercício da medicina do médico denunciado, deverá ser julgado no prazo de seis meses, prorrogável por igual período uma única vez.

Parágrafo único. O prazo do caput deste artigo não será considerado quando o atraso da prática de qualquer ato processual for causado, sem motivo justo, pelo médico interditado.

Capítulo II
DO PROCESSO EM ESPÉCIE

Seção I
DA INSTRUÇÃO DO PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL

Art. 32. Aprovado o relatório da sindicância, na forma do art. 17, inciso IV, deste CPEP, o conselheiro instrutor conduzirá o processo dentro dos parâmetros de razoabilidade, atentando-se para os prazos prescricionais.

Parágrafo único. O conselheiro sindicante não poderá ser designado como instrutor de PEP por ele proposto.

Art. 33. O PEP não poderá ser extinto por desistência da parte denunciante. Nesta hipótese, ele seguirá de ofício.

§ 1º Comprovado o falecimento do médico denunciado, mediante a juntada da certidão de óbito nos autos, será extinta a punibilidade em relação a ele, mediante despacho do corregedor.

§ 2º Comprovado o falecimento do denunciante, mediante a juntada da certidão de óbito nos autos, o PEP seguirá de ofício, mediante despacho do corregedor.

§ 3º Havendo requerimento do cônjuge ou companheiro (a), pais, filhos ou irmãos do denunciante falecido, nessa ordem, ele poderá ser admitido como parte denunciante, assumindo o processo no estado em que se encontra.

§ 4º O procedimento administrativo, para apurar doença incapacitante, observará resolução específica. Quando também estiver sendo apurada infração ética, sua conclusão deverá ocorrer antes do julgamento do PEP.

DA MODIFICAÇÃO OU ADIÇÃO AO RELATÓRIO CONCLUSIVO DA SINDICÂNCIA

Art. 34. Encerrada a instrução probatória ou no curso desta, surgindo novas evidências, fatos novos ou detectado algum erro material constante do relatório conclusivo da sindicância o conselheiro instrutor poderá modificá-lo ou aditá-lo para, de forma fundamentada, corrigi-lo, inserir outros fatos e artigos, bem como incluir outros denunciados.

Parágrafo único. A modificação ou aditamento deverá ser aprovado pela câmara de julgamento ou pleno do CRM, assegurando-se ao denunciado a ampla defesa e o contraditório.

DA CITAÇÃO DO DENUNCIADO

Art. 35. Citação é o ato pelo qual o médico denunciado é convocado para integrar a relação processual, dando-lhe ciência da instauração de PEP e imputando-lhe a prática de infração ética, bem como lhe oferecendo a oportunidade para se defender.

Art. 36. O mandado de citação deverá conter obrigatoriamente:

I – o nome completo do denunciado;

II – o endereço residencial ou profissional do denunciado;

III – a finalidade da citação, bem como a menção do prazo e local para apresentação da defesa prévia, sob pena de revelia.

Parágrafo único. Cópia do relatório conclusivo da sindicância e do voto divergente, se houver, deverá acompanhar o mandado de citação.

Art. 37. A citação inicial, na forma do art. 35, poderá ser feita em qualquer lugar em que se encontre o denunciado e será realizada:

I – pelos Correios, com Aviso de Recebimento, ou outro meio de comprovação oficial de recebimento fornecido pelos Correios;

II – por servidor ou conselheiro do CRM devidamente habilitado ou pelos Correios, via Aviso de Recebimento por Mãos Próprias (ARMP);

III – por Carta Precatória, quando frustradas as hipóteses previstas nos incisos I e II deste artigo;

IV – por edital, quando frustradas as hipóteses anteriores.

§ 1º Nas clínicas, nos consultórios e nos hospitais será válida a entrega do mandado de citação à secretária ou outro funcionário da recepção ou da portaria responsável pelo recebimento de correspondência.

§ 2º Nos condomínios edilícios ou nos loteamentos com controle de acesso, será válida a entrega do mandado de citação a funcionário da portaria responsável pelo recebimento de correspondência.

DA CITAÇÃO POR EDITAL

Art. 38. São requisitos da citação por edital:

I – a certidão do servidor do CRM informando acerca da frustração das tentativas de citação pessoal do denunciado;

II – a publicação do edital, no Diário Oficial e no sítio eletrônico do respectivo CRM, que deve ser certificada nos autos;

III – a determinação, pelo corregedor ou conselheiro instrutor, do prazo para apresentação de defesa prévia, que será trinta dias, fluindo da data da publicação;

IV – a advertência de que será nomeado defensor dativo em caso de revelia.

DEFESA PRÉVIA

Art. 39. Na defesa prévia, o denunciado poderá arguir preliminares processuais e alegar tudo o que interesse a sua defesa, oferecer documentos e justificações, especificar as provas pretendidas e arrolar até cinco testemunhas, que deverão ser qualificadas com nome, profissão e endereço completo.

§ 1º O prazo para apresentação da defesa prévia será de trinta dias, contados a partir da juntada aos autos do comprovante da efetivação da citação.

§ 2º Ao denunciado ou a seu defensor será garantido o direito de vista dos autos na Secretaria do CRM, bem como a extração de cópias, físicas ou digitais, mediante recolhimento da taxa correspondente.

§ 3º A defesa prévia deve vir aos autos acompanhada de procuração, quando subscrita por advogado, que conterá obrigatoriamente seu telefone fixo e/ou móvel, bem como os seus endereços eletrônico e não eletrônico para fins de futuras intimações.

Art. 40. O denunciante poderá, no prazo de trinta dias, contados da juntada aos autos do aviso de recebimento da intimação da decisão de abertura do PEP, oferecer documentos e justificações, especificar as provas pretendidas e arrolar até cinco testemunhas, que deverão ser qualificadas com nome, profissão e endereço completo.

DAS INTIMAÇÕES

Art. 41. Nas intimações do denunciado, do denunciante, da testemunha e demais pessoas que devam tomar conhecimento de qualquer ato, será observado, no que for aplicável, o disposto no art. 37 e incisos e art. 38 e incisos deste CPEP.

§ 1º As notificações e intimações serão feitas às testemunhas, às partes ou aos seus advogados.

§ 2º A intimação do defensor dativo, do advogado do denunciado ou do denunciante, poderá ser feita para o endereço indicado na forma do art. 39, § 3º ou por qualquer outro meio idôneo.

Art. 42. Constitui dever das partes e interessados, declinar, no primeiro momento que lhes couber falar nos autos, o endereço residencial ou profissional, por onde receberão intimações.

Parágrafo único. Presumem- se válidas as intimações dirigidas ao endereço constante dos autos, ainda que não recebidas pessoalmente pelo destinatário.

Art. 43. A intimação poderá ser feita por servidor habilitado, ou conselheiro, quando frustrada a realização pelo correio.

§ 1º A certidão de intimação deve conter:

I – a indicação do lugar e a descrição da pessoa intimada, mencionando, quando possível, o número de seu documento de identidade e o órgão que o expediu;

II – a declaração de entrega do objeto da intimação;

III – a nota de ciente ou a certidão de que o interessado não a apôs no mandado.

§ 2º Caso necessário, a critério do instrutor, a intimação poderá ser efetuada por edital.

REVELIA

Art. 44. Considera-se revel o médico denunciado que, regularmente citado, deixar de apresentar defesa prévia no prazo legal, nem constituir defensor.

Parágrafo único. Caso o denunciado ou seu defensor manifeste nos autos que não deseja fazer sua defesa prévia, não será considerado revel.

Art. 45. Ao médico denunciado declarado revel será nomeado um defensor dativo para apresentação de defesa prévia no prazo do art. 39, § 1º e a prática dos demais atos processuais que visem a sua defesa, incluindo eventual recurso.

§ 1º No CRM e no CFM, o defensor dativo será um advogado, que receberá sua devida remuneração pelo desempenho de sua função, cujo valor deverá ser fixado mediante edição de resolução própria ou realização de convênio com instituições públicas ou privadas.

§ 2º O defensor dativo que deixar de cumprir a função para a qual foi nomeado, deverá ser substituído, sem prejuízo de ser expedido ofício para seu órgão de classe para tomar as medidas cabíveis.

§ 3º O comparecimento espontâneo do denunciado aos autos, pessoalmente ou por procurador, em qualquer fase do processo, cessa a revelia e o concurso do defensor dativo, assumindo o processo no estado em que se encontra.

Art. 46. No exercício de sua função, o defensor dativo se manifestará de forma fundamentada e terá ampla liberdade para fazer requerimentos e produzir provas que entenda pertinente.

Art. 47. A atuação do defensor dativo se encerra com a apresentação de recurso para o CFM.

Seção II
DAS PROVAS
Disposições Gerais

Art. 48. As partes têm o direito de empregar todos os meios legais para provar a verdade dos fatos e influir eficazmente na convicção dos conselheiros julgadores.

Art. 49. O conselheiro-relator formará sua convicção pela livre apreciação das provas produzidas nos autos do PEP, não podendo fundamentar sua decisão exclusivamente nos elementos informativos colhidos na sindicância.

Art. 50. A prova da alegação incumbirá a quem a fizer, sendo, porém, facultado ao conselheiro instrutor de ofício:

I – arrolar testemunhas;

II – ordenar a produção antecipada de provas consideradas urgentes e relevantes, observando a necessidade, adequação e proporcionalidade da medida;

III – determinar, no curso da instrução do PEP, a realização de diligências para dirimir dúvida sobre ponto relevante.

Art. 51. O conselheiro instrutor poderá, fundamentadamente, indeferir as provas consideradas irrelevantes, impertinentes ou protelatórias.

DAS PROVAS ILÍCITAS

Art. 52. São inadmissíveis, devendo ser desentranhadas dos autos do PEP, as provas ilícitas, assim entendidas as obtidas em violação a normas constitucionais ou legais.

DO PARECER TÉCNICO DE CÂMARA ESPECIALIZADA

Art. 53. O parecer de câmara técnica especializada poderá ser requisitado em matéria de complexidade científica servindo como elemento de esclarecimento ao conselheiro instrutor sem caráter pericial ou decisório, dando ciência às partes para, se desejarem, apresentar manifestação, no prazo comum de quinze dias.

Seção III
DA AUDIÊNCIA DE INSTRUÇÃO

Art. 54. No dia e na hora designados, o conselheiro instrutor declarará aberta a audiência de instrução e mandará apregoar as partes e, se houver, os respectivos advogados, bem como outras pessoas que dela devam participar.

Art. 55. A audiência será iniciada após a identificação e qualificação de todas as partes, com a presença do conselheiro instrutor, dos colaboradores de apoio do CRM e dos patronos das partes, quando houver.

Art. 56. As partes, após intimação pelo conselheiro instrutor, são obrigadas a apresentar as testemunhas que arrolarem, independentemente da intimação destas, para serem ouvidas nas datas designadas.

Art. 57. Adiado, por qualquer motivo, o ato processual, o conselheiro instrutor marcará desde logo, na presença das partes e testemunhas, dia e hora para seu prosseguimento, do que se lavrará termo nos autos.

Art. 58. O conselheiro instrutor, ou seu substituto, designado pelo corregedor, preside a audiência e lhe incumbe:

I – manter a ordem e o decoro na audiência, dentro de suas prerrogativas;

II – ordenar que se retirem da sala de audiência os que se comportarem inconvenientemente;

III – registrar em ata, com exatidão, todos os requerimentos apresentados em audiência.

Art. 59. As provas orais serão produzidas em audiência, ouvindo-se, nesta ordem:

I – o denunciante;

II – as testemunhas arroladas pelo denunciante, pelo conselheiro instrutor e, por fim, as testemunhas arroladas pelo denunciado;

III – o denunciado.

§ 1º As provas poderão ser produzidas numa só audiência e, dependendo das circunstâncias, poderão ser designadas várias datas e horários.

§ 2º As testemunhas arroladas pelo conselheiro instrutor poderão ser ouvidas em qualquer fase processual, garantindo-se o contraditório.

Art. 60. Após a qualificação e antes de iniciado o depoimento, as partes poderão contraditar a testemunha ou arguir circunstâncias ou defeitos, que a tornem suspeita de parcialidade. O conselheiro instrutor fará consignar a contradita ou arguição e a resposta da testemunha.

Parágrafo único. A testemunha impedida ou suspeita, nos termos dos arts. 102 e 103 deste CPEP, somente poderá ser ouvida como informante.

Art. 61. As perguntas serão formuladas pelas partes diretamente à testemunha, não admitindo o conselheiro instrutor aquelas que puderem induzir a resposta, não tiverem relação com a causa ou importarem na repetição de outra já respondida.

§ 1º Sobre os pontos não esclarecidos, o conselheiro instrutor poderá complementar a inquirição.

§ 2º O conselheiro instrutor não permitirá que a testemunha manifeste suas apreciações pessoais, de cunho subjetivo, salvo quando inseparáveis da narrativa do fato.

Art. 62. Na redação do depoimento, o conselheiro instrutor deverá cingir-se, tanto quanto possível, às expressões usadas pela testemunha.

Art. 63. Serão consignadas no termo da audiência as perguntas que os depoentes deixarem de responder.

Art. 64. A parte poderá desistir da inquirição de qualquer das testemunhas arroladas, ressalvado o direito do conselheiro instrutor ouvi-las se entender pertinente.

DO DEPOIMENTO DO DENUNCIANTE E DO DENUNCIADO

Art. 65. O denunciante será qualificado e perguntado sobre as circunstâncias em que ocorreram os fatos, quem seja ou presuma ser o responsável, as provas testemunhais e documentais que possa indicar, tomando-se por termo as suas declarações.

Parágrafo único. Se houver mais de um denunciante, cada um será ouvido separadamente, sendo facultada a presença dos seus defensores.

Art. 66. O denunciado será devidamente qualificado e, depois de cientificado do relatório conclusivo da sindicância, será informado pelo conselheiro instrutor, antes de iniciar o depoimento, de seu direito de permanecer calado e de não responder perguntas que lhe forem formuladas.

§ 1º O silêncio do denunciado, que não importará em confissão, não poderá ser interpretado em prejuízo de sua defesa.

§ 2º O denunciado será indagado se conhece o denunciante e as testemunhas arroladas e o que tem a alegar acerca dos fatos contidos no relatório conclusivo da sindicância.

§ 3º Se houver mais de um denunciado, cada um será ouvido separadamente, sendo facultada a presença de todos os defensores.

Art. 67. O denunciante ou denunciado que já tiver sido ouvido poderá permanecer na sala e acompanhar o depoimento dos demais, inclusive formular perguntas.

§ 1º O denunciante ou denunciado que morar fora da circunscrição do CRM será inquirido pelo CRM do lugar de sua residência, expedindo-se, para esse fim, carta precatória, com prazo razoável, intimadas as partes no CRM de origem.

§ 2º No caso do parágrafo anterior, a inquirição das partes poderá ser realizada por meio de videoconferência ou outro recurso tecnológico de transmissão de sons e imagens em tempo real, permitida a presença dos defensores.

DAS TESTEMUNHAS

Art. 68. A testemunha fará a promessa de dizer a verdade do que souber e for perguntado, devendo declarar seu nome, idade, estado civil e residência; sua profissão, lugar onde exerce sua atividade; se é parente, e em que grau, de alguma das partes, ou quais suas relações com qualquer delas; e relatar o que souber, explicando sempre as razões de sua ciência ou as circunstâncias pelas quais seja possível avaliar sua credibilidade.

Parágrafo único. As testemunhas serão inquiridas separadamente, de modo que umas não saibam nem ouçam os depoimentos das outras, devendo o conselheiro instrutor adverti-las das penas cominadas ao falso testemunho previsto no art. 342 do Código Penal.

Art. 69. O depoimento será prestado oralmente, não sendo permitido à testemunha trazê-lo por escrito, não sendo vedada, entretanto, breve consulta a apontamentos.

Art. 70. O conselheiro instrutor, quando julgar necessário, poderá ouvir outras testemunhas, além das indicadas pelas partes.

Art. 71. O depoimento da testemunha será reduzido a termo, assinado por ela, pelo conselheiro instrutor e pelas partes, caso estejam presentes. Se a testemunha não souber assinar, ou não puder fazê-lo, pedirá a alguém que o faça por ela, depois de lido na presença de ambos ou aposição de sua digital.

Art. 72. Caso o denunciante ou o denunciado apresente comportamento inadequado, intimidando a testemunha ou desrespeitando e não acatando as determinações do conselheiro instrutor, este poderá determinar a sua retirada, prosseguindo na inquirição, com a presença de seu defensor, quando houver.

Parágrafo único. A adoção de qualquer das medidas previstas no caput deste artigo deverá constar do termo, assim como os motivos que a determinaram.

Art. 73. As pessoas impossibilitadas por enfermidade de comparecer para depor serão inquiri das onde estiverem se o conselheiro instrutor entender conveniente para a instrução.

Art. 74. O médico regularmente intimado pelo instrutor que não comparecer para depor nem apresentar motivo justo ficará sujeito às disposições previstas no Código de Ética Médica.

Art. 75. A testemunha que morar fora da circunscrição do CRM será inquirida pelo CRM do lugar de sua residência, expedindo-se, para esse fim, carta precatória, com prazo razoável, intimadas as partes no CRM de origem.

Parágrafo único. Na hipótese prevista no caput deste artigo, a oitiva de testemunha poderá ser realizada por meio de videoconferência ou outro recurso tecnológico de transmissão de sons e imagens em tempo real, permitida a presença das partes e dos defensores.

DA ACAREAÇÃO

Art. 76. A acareação será admitida entre denunciantes, denunciante e testemunha, denunciados, denunciados e testemunha, testemunhas e testemunhas, sempre que divergirem, em suas declarações, sobre

fatos ou circunstâncias relevantes, de acordo com decisão do conselheiro instrutor, aos esclarecimentos sobre o mérito do processo.

Parágrafo único. Os acareados serão reperguntados, para que expliquem os pontos de divergências, reduzindo-se a termo o ato de acareação.

DA PROVA EMPRESTADA

Art. 77. É lícita a utilização de prova emprestada para instrução do PEP, desde que submetida ao contraditório.

Parágrafo único. A prova emprestada ingressará nos autos como prova documental e deverá ser analisada como tal.

DAS DEGRAVAÇÕES

Art. 78. As gravações apresentadas pelas partes, para serem admitidas nos autos, deverão estar acompanhadas de sua respectiva transcrição e submetidas ao contraditório.

Parágrafo único. As gravações juntadas aos autos de ofício deverão ser degravadas pelo CRM.

DO ENCERRAMENTO DA INSTRUÇÃO

Art. 79. Concluída a instrução, será aberto o prazo sucessivo de quinze dias para apresentação das alegações finais; primeiramente ao denunciante e, em seguida, ao denunciado.

§ 1º Havendo mais de um denunciante ou mais de um denunciado, o prazo será comum aos denunciantes ou aos denunciados.

§ 2º Estando as partes ou seus procuradores presentes à última audiência, elas poderão ser intimadas para apresentação das alegações finais escritas, podendo fazê-la, a critério do conselheiro instrutor, de forma oral e reduzida a termo na própria audiência, ou declinar de sua apresentação.

Art. 80. Após a apresentação das alegações finais, os autos deverão ser remetidos à Assessoria Jurídica para análise e parecer quanto a eventuais preliminares e regularidade processual. Em seguida, o conselheiro instrutor apresentará termo de encerramento dos trabalhos que será encaminhado ao corregedor.

Art. 81. Até a data da sessão de julgamento, o conselheiro corregedor, verificando a existência de qualquer vício ou irregularidade processual, poderá intervir nos autos e, por meio de despacho fundamenta-

do, devolver o processo ao conselheiro instrutor com determinação específica para a realização ou a retificação de atos processuais a serem executados, com a devida intimação das partes.

Seção IV
DO JULGAMENTO DO PEP NO CRM

Art. 82. O conselheiro corregedor, após o recebimento do processo, devidamente instruído, designará os conselheiros relator e revisor, os quais ficarão responsáveis pela elaboração dos respectivos relatórios.

§ 1º O relatório deverá conter o nome da parte, a identificação do caso, com a síntese do conteúdo do relatório conclusivo da sindicância e também a síntese da defesa prévia e/ou alegações finais, bem como o registro das principais ocorrências havidas no andamento do processo.

§ 2º O conselheiro sindicante não poderá ser designado como relator ou revisor do PEP, mas poderá participar do julgamento e emitir voto.

§ 3º O conselheiro instrutor poderá ser designado relator ou revisor e participar do julgamento com emissão de voto.

§ 4º O relator ou revisor poderá, mediante despacho fundamentado, requisitar ao conselheiro corregedor que remeta os autos ao conselheiro instrutor para novas diligências, indicando quais as providências cabíveis e estabelecendo prazo de trinta dias para seu cumprimento.

§ 5º Na hipótese do § 4º deste artigo, o prazo estabelecido poderá ser prorrogado uma única vez, mediante justificativa escrita.

Art. 83. Designados relator e revisor, o conselheiro corregedor determinará a inclusão do processo na pauta de julgamento.

Art. 84. As partes serão intimadas da data de julgamento com a antecedência mínima de dez dias.

Art. 85. A sessão de julgamento terá início com a leitura da parte expositiva do relatório elaborado pelo relator, seguindo se, em ato contínuo, pela leitura do relatório do revisor,

DO PEDIDO DE VISTA

Art. 86. Após a leitura da parte expositiva dos relatórios elaborados pelo relator e revisor, no momento que antecede a leitura dos seus votos, qualquer conselheiro poderá solicitar a suspensão do julgamento para:

I – requerer vista dos autos do processo, apresentando-o com relatório de vista em até trinta dias, para continuidade do julgamento;

II – requerer a baixa dos autos do processo em diligência, com aprovação da maioria dos conselheiros presentes à sessão de julgamento, caso em que especificará as providências que devam ser tomadas pelo conselheiro instrutor no prazo de trinta dias, que poderá ser prorrogado uma única vez, mediante justificativa escrita.

§ 1º Cumpridas as diligências solicitadas, as partes serão intimadas para manifestação no prazo de dez dias.

§ 2º Decorrido o prazo do § 1º deste artigo, com ou sem a manifestação, as partes serão intimadas da data da sessão para a continuidade do julgamento.

§ 3º Quando da nova sessão de julgamento, não será necessária a participação do mesmo número e dos mesmos conselheiros presentes à sessão anteriormente suspensa.

§ 4º Reiniciada a sessão de julgamento será necessária nova leitura do relatório dos conselheiros relator e revisor e, quando for o caso, do relatório de vista.

Art. 87. Inexistindo pedido de vista dos autos ou a necessidade de realização de diligências, o presidente da sessão tomará o voto do conselheiro-relator e, após, do conselheiro revisor de forma escrita e integral, que deverá ser lido nesta ordem:

I – quanto às preliminares relativas;

II – quanto à culpabilidade;

III – quanto à capitulação;

IV – quanto à pena a se for aplicada, se for o caso.

§ 1º Em seguida, o presidente da sessão indagará aos conselheiros se há voto divergente.

§ 2º Caso haja divergência em relação às preliminares, o voto deverá ser proferido de forma escrita. Em seguida, o presidente da sessão tomará o voto individual dos conselheiros presentes à sessão, devendo consignar em ata o resultado.

§ 3º Caso haja divergência em relação ao mérito, o voto divergente deverá ser proferido de forma escrita e integral, que deverá ser lido obedecendo à ordem do art. 87 e incisos. Em seguida, o presidente tomará o voto individual dos conselheiros presentes à sessão, devendo consignar em ata o resultado.

§ 4º Quando houver divergência entre três ou mais votos, dar-se-á a votação obedecendo-se a seguinte ordem:

I – culpabilidade: condenação com a capitulação dos artigos ou absolvição;

II – cassação do exercício profissional (art. 22, "e" da Lei 3.268/57);

III – penas públicas (art. 22, "c" ou "d" da Lei 3.268/57) ou reservadas (art. 22, "a" ou "b" da Lei 3.268/57).

§ 5º Em todas as hipóteses previstas no caput deste artigo, o voto deverá ser proferido e considerado de forma integral.

§ 6º O presidente da sessão votará sequencialmente e, havendo empate, proferirá o voto de desempate.

Art. 88. O conselheiro presente ao julgamento, respeitando o quórum previsto em lei, não poderá abster-se de votar.

Art. 89. A votação deverá ser colhida nominalmente de cada conselheiro, em todos os julgamentos, consignando-se em ata o resultado.

Art. 90. Proferidos os votos, o presidente anunciará o resultado do julgamento, designando para redigir o acórdão o conselheiro autor do voto vencedor.

Art. 91. As partes ou seus procuradores, bem como o defensor dativo, se houver, serão intimados da decisão nos termos do art. 43, § 1ºdeste Código.

Parágrafo único. No caso de decisão absolutória, no processo instaurado de ofício, e o denunciado ou seu patrono esteja presente ao julgamento, o presidente poderá declarar, ao final, o trânsito em julgado da decisão.

Art. 92. O julgamento ocorrerá a portas fechadas, sendo permitida apenas a presença das partes e seus defensores, membros do CRM, o integrante da assessoria jurídica do CRM e funcionários responsáveis pelo procedimento disciplinar necessário para o bom funcionamento do Tribunal de Ética Médica até o encerramento da sessão.

Art. 93. As penas disciplinares aplicáveis pelo CRM são as previstas no art. 22 da Lei 3.268/57.

Seção V
DOS RECURSOS EM GERAL

Art. 94. Caberá recurso administrativo, no prazo de trinta dias, contados a partir da juntada do comprovante de intimação da decisão nos autos:

I – à câmara de sindicância do CFM contra o arquivamento de sindicância no âmbito do CRM;

II – ao pleno do CRM, de ofício e/ou voluntário, da decisão proferida por sua câmara que aplicar a pena de letra "e" do art. 22, da Lei 3.268/57;

III – à câmara do CFM contra a decisão proferida no PEP pelo CRM que absolver ou que aplicar as penas de letras "a", "b", "c" ou "d", do art. 22, da Lei 3.268/57;

IV – da decisão tomada pela maioria da câmara do CFM, caberá recurso ao pleno do CFM.

V - ao pleno do CFM, de ofício e/ou voluntário, da decisão proferida no PEP pelo pleno CRM; ou por câmara do CFM, que aplicar a pena de letra "e" do art. 22, da Lei 3.268/57;

§ 1º Na hipótese do inciso I deste artigo, quando houver recurso do denunciante em relação a um ou alguns dos denunciados, a corregedoria o instruirá com cópia integral dos autos e o remeterá ao CFM, ficando os autos principais tramitando no CRM em relação aos demais denunciados.

§ 2º Os recursos terão efeito devolutivo e suspensivo.

§ 3º Somente poderá ocorrer o agravamento da pena imposta se houver recurso do denunciante nesse sentido.

§ 4º O pleno do CRM ou do CFM poderá, além dos aspectos pertinentes às razões recursais, analisar toda a matéria discutida no processo.

§ 5º Além dos recursos previstos no caput e incisos deste artigo, não caberá qualquer outro de natureza administrativa, salvo o previsto no art. 27 deste CPEP.

Art. 95. Após o protocolo do recurso a outra parte será intimada para, querendo, apresentar as contrarrazões, no prazo de trinta dias, contados a partir da juntada do respectivo comprovante de intimação nos autos.

Parágrafo único. Com ou sem as contrarrazões o processo deverá ser remetido ao CFM no prazo de até noventa dias.

Art. 96. O corregedor do CRM, por decisão fundamentada, negará seguimento a recurso intempestivo ou quando verificada a ocorrência de prescrição da pretensão punitiva.

DA RECLAMAÇÃO PARA O CFM

Art. 97. Da decisão que negar seguimento a recurso intempestivo ou reconhecer a prescrição caberá reclamação para uma das câmaras do CFM, no prazo de trinta dias, contados a partir da juntada do comprovante de intimação nos autos.

§ 1º O CRM não poderá negar seguimento a reclamação proposta nos termos deste artigo.

§ 2º No CFM o julgamento da Reclamação seguirá, no que couber, as normas previstas na Seção VI, do capítulo II, deste CPEP.

Seção VI
DO JULGAMENTO DO PEP NO CFM

Art. 98. O conselheiro corregedor, após o recebimento do processo com recurso o remeterá ao Setor Jurídico para exame de admissibilidade e emissão de Nota Técnica (NT), caso seja arguida alguma preliminar processual.

§ 1º Com a Nota Técnica ou sem ela, o processo retornará à corregedoria que nomeará relator e revisor para emissão de relatório e voto, bem como inclusão do processo na pauta de julgamento.

Art. 99. O julgamento no âmbito do CFM seguirá, no que couber, as normas previstas na Seção IV, do capítulo II, deste CPEP.

Seção VII
DA EXECUÇÃO DAS PENAS

Art. 100. A decisão será executada no prazo de noventa dias, a partir certificação do trânsito em julgado, sem prejuízo do disposto no art. 116 deste CPEP.

Art. 101. A execução da penalidade imposta pelo CRM ou pelo CFM será processada nos estritos termos do acórdão da respectiva decisão, e a penalidade anotada no prontuário do médico.

§ 1º As penas previstas nas letras "a" e "b", do art. 22, da Lei 3.268/57, além da anotação no prontuário do médico infrator, serão comunicadas formalmente ao apenado.

§ 2º As penas previstas nas letras "c", "d" ou "e", do art. 22, da Lei 3.268/57 serão publicadas no Diário Oficial do Estado, do Distrito Federal ou da União, em jornal de grande circulação, jornais ou boletins e sítio eletrônico do CRM.

§ 3º No caso das penas previstas nas letras "d" e "e", do art. 22, da Lei 3.268/57, e no caso de interdição cautelar total, além da publicação dos editais e das comunicações endereçadas às autoridades interessadas, será apreendida a carteira profissional e a cédula de identidade de médico.

Seção VIII
DOS IMPEDIMENTOS E DA SUSPEIÇÃO
DOS IMPEDIMENTOS

Art. 102. Há impedimento do conselheiro, sendo-lhe vedado exercer suas funções na sindicância ou no PEP:

I – em que interveio como mandatário das partes, atuou como perito ou prestou depoimento como testemunha;

II – quando nele estiver postulando, como defensor público, advogado ou membro do Ministério Público, seu cônjuge ou companheiro, ou qualquer parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o terceiro grau, inclusive;

III – quando for parte no processo ele próprio, seu cônjuge ou companheiro, ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o terceiro grau, inclusive;

IV – quando for membro de direção ou de administração da pessoa jurídica que tiver interesse direto no PEP;

V – em que figure na sindicância ou no PEP, colega ou cliente do escritório de advocacia de seu cônjuge, companheiro o u parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o terceiro grau, inclusive;

VI – esteja litigando, judicial ou administrativamente, contra uma das partes ou respectivo cônjuge ou companheiro; ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o terceiro grau, inclusive;

§ 1º Na hipótese do inciso II, o impedimento só se verifica quando o defensor público, o advogado ou o membro do Ministério Público já integrava o processo antes do início das funções do conselheiro sindicante ou instrutor.

§ 2º É vedada a criação de fato superveniente a fim de caracterizar impedimento do conselheiro sindicante, instrutor, relator ou revisor.

§ 3º O impedimento previsto no inciso II também se verifica no caso de mandato conferido a membro de escritório de advocacia que tenha em seus quadros advogado que individualmente ostente a condição nele prevista, mesmo que não intervenha diretamente no processo.

§ 4º O conselheiro que incorrer em impedimento deve comunicar o fato ao corregedor ou ao presidente do Conselho, em qualquer fase do processo, ou ao presidente da sessão de julgamento, abstendo-se de atuar.

DA SUSPEIÇÃO

Art. 103. Há suspeição do conselheiro, na sindicância e no PEP:

I – quando for amigo íntimo ou inimigo de qualquer das partes ou de seus advogados;

II – quando qualquer das partes for sua credora ou devedora, de seu cônjuge ou companheiro ou de parentes destes, em linha reta até o terceiro grau, inclusive;

III – quando interessado no julgamento do PEP em favor de qualquer das partes.

§ 1º O conselheiro que por motivo de foro íntimo declarar-se suspeito deverá registrar esta condição nos atos, abstendo-se de atuar.

§ 2º Será ilegítima a alegação de suspeição quando:

I – houver sido provocada por quem a alega;

II – a parte que a alega houver praticado ato que signifique manifesta aceitação do arguido.

DO INCIDENTE DE IMPEDIMENTO OU DE SUSPEIÇÃO

Art. 104. O impedimento poderá ser alegado a qualquer tempo antes do trânsito em julgado da decisão, em petição específica, na qual indicará, com clareza, o fundamento da recusa; podendo instruí-la com documentos em que se fundar a alegação e com rol de testemunhas, se for o caso.

Art. 105. A suspeição poderá ser alegada, no prazo de quinze dias, a contar do conhecimento do fato em petição específica, na qual indicará, com clareza, o fundamento da recusa; podendo instruí-la com documentos em que se fundar a alegação e com rol de testemunhas, se for o caso.

§ 1º Se reconhecer o impedimento ou a suspeição ao receber a petição, o conselheiro sindicante, instrutor, relator ou revisor comunicará imediatamente ao corregedor, que nomeará substituto; caso contrário, apresentará por escrito, no prazo de quinze dias,

suas razões, acompanhadas de documentos e de rol de testemunhas, se houver.

§ 2º Na hipótese do não reconhecimento do impedimento ou da suspeição, a sindicância ou o PEP tramitarão regularmente, devendo esta matéria ser posta em destaque para apreciação da câmara específica ou do plenário, que têm competência para deliberar sobre o mérito da questão.

§ 3º Se a suspeição e/ou impedimento forem arguidos no recurso ou de forma oral na sessão de julgamento, serão apreciados como matéria preliminar antes da análise do mérito.

Seção IX
DAS NULIDADES PROCESSUAIS

Art. 106. Nenhum ato será declarado nulo se da nulidade não resultar prejuízo para as partes.

Art. 107. Nenhuma das partes poderá arguir nulidade a que haja dado causa, ou para que tenha concorrido, ou referente à formalidade cuja observância só à parte contrária interesse.

Art. 108. Não será declarada a nulidade de ato processual que não tenha influído na apuração da verdade substancial ou na decisão da causa.

Art. 109. As nulidades serão consideradas sanadas:

I – se não forem arguidas em tempo oportuno;

II – se, praticado por outra forma, o ato atingir suas finalidades;

III – se a parte, ainda que tacitamente, aceitar seus efeitos.

Art. 110. Os atos cuja nulidade não tenha sido sanada na forma do artigo anterior serão renovados ou retificados.

Parágrafo único. Declarada a nulidade de um ato, serão considerados nulos todos os atos dele derivados.

Art. 111. A nulidade dos atos deve ser alegada na primeira oportunidade em que couber à parte se manifestar nos autos, sob pena de preclusão.

Parágrafo único. A nulidade absoluta pode ser alegada a qualquer tempo ou fase do processo.

Capítulo III
DA PRESCRIÇÃO

Seção I
DAS REGRAS DE PRESCRIÇÃO DA PRETENSÃO PUNITIVA

Art. 112. A punibilidade por falta ética sujeita a PEP prescreve em cinco anos, contados a partir a data do efetivo conhecimento do fato pelo CRM.

Art. 113. Após o conhecimento efetivo do fato pelo CRM o prazo prescricional será interrompido:

I – pelo conhecimento expresso ou pela citação do denunciado, inclusive por meio de edital;

II – pelo protocolo da defesa prévia;

III – por decisão condenatória recorrível;

Art. 114. A sindicância ou PEP paralisado há mais de três anos, pendente de despacho ou julgamento, será arquivado de ofício ou por requerimento da parte interessada, sem prejuízo de ser apurada a responsabilidade decorrente da paralisação.

Art. 115. Deferida medida judicial de suspensão da apuração ética, em qualquer fase, o prazo prescricional fica suspenso enquanto perdurar seus efeitos, quando então voltará a fluir.

Seção II
PRESCRIÇÃO DA PRETENSÃO EXECUTÓRIA

Art. 116. A execução da pena aplicada prescreverá em cinco anos, tendo como termo inicial a data da intimação do denunciado da decisão condenatória.

Capítulo IV
DA REVISÃO DO PROCESSO

Seção I
DAS REGRAS GERAIS

Art. 117. Caberá a revisão da decisão condenatória, pelo CFM, a qualquer tempo, a partir de sua publicação.

§ 1º A revisão da decisão transitada em julgado será admitida quando forem apresentadas novas provas que possam inocentar o médico condenado, ou ficar demonstrada que a condenação foi baseada em prova falsa.

§ 2º O pedido de revisão deve ser instruído com todos os elementos de prova necessários ao deslinde do feito.

Art. 118. O pedido de revisão da decisão, transitada em julgado, será dirigido ao presidente do CFM, sob protocolo, que o encaminhará à Corregedoria.

Art. 119. O conselheiro corregedor remeterá o pedido de revisão, após seu recebimento, ao Setor Jurídico, para exame de admissibilidade e emissão de Nota Técnica (NT).

§ 1º Com a NT ou sem ela, o processo retornará à Corregedoria, que emitirá juízo de admissibilidade acerca dos pressupostos estabelecidos no § 1º do art. 117 deste CPEP.

§ 2º Estando configurada a admissibilidade, será nomeado um relator para elaborar relatório a ser apresentado à câmara do CFM nos casos previstos nas letras "a", "b", "c" ou "d", do art. 22, da Lei 3.268/57 e ao pleno do CFM nos casos previstos na letra "e" do art. 22, da Lei 3.268/57.

Art. 120. O pedido de revisão não terá efeito suspensivo.

Art. 121. São partes legítimas para requerer a revisão:

I – o profissional punido, pessoalmente ou por intermédio de procurador habilitado;

II – o cônjuge ou companheiro, descendente, ascendente e irmão, no caso de falecimento do condenado, obedecendo-se esta ordem;

III – o curador, se interdito.

Parágrafo único. Quando, no curso da revisão, falecer o profissional requerente, ele poderá ser substituído por qualquer das pessoas referidas no inciso II deste artigo; caso contrário, o pedido de revisão será arquivado.

Art. 122. Julgando procedente a revisão, o CFM poderá anular a decisão condenatória, alterar sua capitulação, reduzir a pena ou absolver o profissional punido.

Parágrafo único. Do pedido de revisão não poderá resultar agravamento de penalidade.

Art. 123. No julgamento da revisão serão aplicadas, no que couber, as normas prescritas na seção VI, do Capítulo II deste CPEP.

Seção II
DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

Art. 124. Decorridos oito anos após o cumprimento da pena e sem que tenha sofrido qualquer outra penalidade ético-profissional, poderá o médico requerer sua reabilitação ao CRM onde está inscrito, com a retirada dos apontamentos referentes a condenações anteriores.

Parágrafo único. Exclui-se da concessão do benefício do caput deste artigo o médico punido com a pena de cassação do exercício profissional, prevista na letra "e", do art. 22 da Lei 3.268/57.

Capítulo V
DAS DISPOSIÇÕES PROCESSUAIS FINAIS
Seção I

Art. 125. Ao conselheiro corregedor, sindicante ou instrutor caberá prover os atos que entender necessários para a conclusão e elucidação do fato, podendo requerer ou requisitar a órgãos da administração pública direta, indireta e fundacional, da União, do s estados, dos Municípios, do Distrito Federal e de instituições privadas, quaisquer documentos, peças ou informações.

Seção II
DA FLUÊNCIA DOS PRAZOS

Art. 126. Os prazos deste CPEP são contínuos e ininterruptos e serão contados a partir da data da juntada aos autos, da comprovação do recebimento da citação, intimação ou notificação.

Parágrafo único. Havendo mais de um denunciante ou mais de um denunciado, o prazo será contado individualmente para cada um, a partir da certidão de juntada aos autos da respectiva citação, intimação ou notificação.

Seção III
DA ENTRADA EM VIGOR DESTE CÓDIGO

Art. 127. À sindicância e ao PEP em trâmite será aplicado, de imediato, este novo Código de Processo Ético-Profissional (CPEP), sem prejuízo da validade dos atos processuais já realizados sob a vigência do código anterior. A norma processual não retroagirá.

Art. 128. Este Código de Processo Ético-Profissional (CPEP) entrará em vigor após decorridos noventa dias, a partir da data de sua publicação no Diário Oficial da União e no sítio eletrônico do CFM, revogando as Resoluções CFM 1.967/11, 1.987/12, 2.066/13, 2.023/13 e as demais disposições contrárias.

Capítulo 2

Segredo Médico

Clínica Agnew. Thomas Eakin, 1889,
Universidade da Pensylvania, Philadelphia

Capítulo 2

Segredo Médico

Código de Ética Médica

É vedado ao médico:

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

O segredo profissional é um dos pilares da profissão *médica. Interpretar o* art. 73 do Código de Ética Médica, que veda ao médico a revelação de fato de que venha a ter conhecimento em virtude da profissão, salvo justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente, nem sempre é fácil.

Vinte anos depois da edição da Resolução 999/80, o Conselho Federal de Medicina, baseado no parecer 1.973/00, editou a Resolução 1.605/00. O CFM fortalece a posição defendida pelo Cremers de que o conteúdo do Prontuário Médico deve ser disponibilizado ao perito nomeado pelo juiz para que nele seja realizada perícia restrita aos fatos sob questionamento.

Destaque-se que sempre que houver conflito no tocante à liberação ou não dos documentos para a autoridade requisitante, o médico deverá consultar o Conselho de Medicina quanto ao procedimento a ser adotado.

O Cremers disponibiliza, por intermédio de assessoria jurídica, orientações e ações quanto ao remédio jurídico que combate o constrangimento ilegal praticado por qualquer autoridade coautora (*habeas corpus*).

Capítulo 3

Prontuário Médico

La Piedra de la locura (1475-80), Óleo sobre tabla,
Museo del Prado, Madrid. España

Capítulo 3

Prontuário Médico

Em relação à segurança do segredo médico, o elemento mais crítico é o prontuário, pois nele ficam registrados os dados referentes ao paciente e, uma vez documentados, ninguém além do médico pode ter acesso a ele, salvo mediante autorização expressa do paciente.

Assim, qualquer pedido de entrega de prontuário deve ser feito por escrito, assinado pelo próprio paciente ou seu representante legal.

Convém destacar que o Cremers, em sua função requisita e deve receber o prontuário médico, pois atua na análise do que é registrado para emissão de parecer em Sindicâncias e Processos Ético-Profissionais, conforme segue:

Lei 3.268 de 30 de setembro de 1957 – art. 2º *O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.*

Resolução CFM 1.605/00 – art. 6º *O médico deverá fornecer cópia da ficha ou do prontuário médico desde que solicitado pelo paciente ou requisitado pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina.*

Código de Ética Médica – Resolução CFM 1.931/09 - art. 90 – *É vedado ao médico: Deixar de fornecer cópia do prontuário médico de seu paciente quando de sua requisição pelos Conselhos Regionais de Medicina.*

Código de Processo Ético-Profissional – Resolução CFM 2.145/16 – art. 125*. Ao conselheiro corregedor, sindicante ou instrutor caberá prover os atos que entender necessários para a conclusão e elucidação do fato, podendo requerer ou requisitar a órgãos da administração pública direta, indireta e fundacional, da União, do s estados, dos Municípios, do Distrito Federal e de instituições privadas, quaisquer documentos, peças ou informações.*

3.1 ORDENS DE REQUISIÇÃO

Apesar de o entendimento sobre o sigilo ser pacífico, às vezes o pedido de entrega do prontuário, ou cópia deste, parte de autoridade pública, ao considerar tal documento prova essencial para o julgamento de determinado caso na esfera judicial ou, até mesmo, administrativa.

Assim, não raro, o profissional será pressionado por determinações de juízes, promotores públicos e delegados de polícia para que entregue o prontuário de determinado paciente ou, ainda, para que extraia informações do prontuário e as forneça à autoridade. Esta determinação via de regra vem acompanhada de advertência de que, em caso de não cumprimento da ordem, incorrerá o médico em crime de desobediência.

3.2 PRIMEIRA PROVIDÊNCIA

A primeira regra que o médico deve seguir é a de não negar pura e simplesmente a entrega do prontuário, mas, sim, colocá-lo formalmente à disposição para que a autoridade nomeie um perito médico - igualmente sujeito ao sigilo - que responderá então, a partir das informações do prontuário, aos quesitos formulados pela autoridade.

3.3 INÍCIO DE PROCEDIMENTO CRIMINAL - INTERVENÇÃO DO CREMERS

Ocorre que nem sempre a autoridade resigna-se com este tipo de solução e insiste na tese da desobediência, vendo-se o médico citado para defender-se em audiência preliminar de transação penal; ou seja, é chamado em juízo para assinar um termo de compromisso pelo qual, em troca de não responder a um processo penal, deverá pagar multa ou prestar serviço comunitário. Quando este tipo de situação ocorre, faz-se necessária a intervenção do Cremers.

3.4 *HABEAS CORPUS*

Insistindo a autoridade em prosseguir com o feito, o *habeas corpus* é o remédio jurídico eficaz contra ação de autoridade judicial coatora na esfera criminal. O objetivo, ao impetrá-lo, é obter o trancamento definitivo da ação penal, antes mesmo da primeira audiência. Dessa forma, é importante que, tendo o médico o conhecimento de ação de tal natureza, seja o Cremers imediata e formalmente acionado, pois ele providenciará o *habeas corpus,* após análise da diretoria.

3.5 A APLICABILIDADE DO *HABEAS CORPUS*

Nas oportunidades em que o Cremers foi acionado pelo médico para defender-se de procedimento criminal instaurado por autoridade coatora, o *habeas corpus* sempre se mostrou eficaz, havendo o encerramento definitivo da ação antes mesmo da audiência preliminar.

A importância do *habeas corpus* em nosso Direito é tão grande que nossa legislação abre exceção para que se ingresse em juízo sem a representação de advogado, podendo ser feito inclusive de próprio punho pelo interessado, como forma de propiciar todos os meios ao cidadão ameaçado por ato ilegal de autoridade. Tal medida, porém, somente deve ser tomada em situação extrema, devendo sempre estar presente o advogado.

Ao elaborar uma minuta de *habeas corpus*, o Cremers disponibiliza ao médico um instrumento de defesa imediata e facilmente adaptável frente a uma situação inesperada, ou quando o advogado disponível não está habituado com esse tipo de procedimento.

Seguem-se, a seguir, a Resolução CFM 1.605/00, sobre sigilo médico, subsidiada pelo Parecer CFM 1.973/01, de autoria do conselheiro Luiz Augusto Pereira, a Resolução Cremers 01/01 e uma minuta de *habeas corpus* elaborada pela Assessoria Jurídica do Cremers.

- **Resolução CFM 1.605/00**
- **Resolução Cremers 01/01**

RESOLUÇÃO CFM 1.605/00

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o disposto no art. 154 do Código Penal Brasileiro e no art. 66 da Lei das Contravenções Penais;

CONSIDERANDO a força de lei que possuem os arts. 11 e 102 do Código de Ética Médica, que vedam ao médico a revelação de fato de que venha a ter conhecimento em virtude da profissão, salvo justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente;

CONSIDERANDO que o sigilo médico é instituído em favor do paciente, o que encontra suporte na garantia insculpida no art. 5º, inciso X, da Constituição Federal;

CONSIDERANDO que o "dever legal" se restringe à ocorrência de doenças de comunicação obrigatória, de acordo com o disposto no art. 269 do Código Penal, ou à ocorrência de crime de ação penal pública incondicionada, cuja comunicação não exponha o paciente a procedimento criminal conforme os incisos I e II do art. 66 da Lei de Contravenções Penais;

CONSIDERANDO que a lei penal só obriga a ''comunicação", o que não implica a remessa da ficha ou prontuário médico;

CONSIDERANDO que a ficha ou prontuário médico não inclui apenas o atendimento específico, mas toda a situação médica do paciente, cuja revelação poderia fazer com que o mesmo sonegasse informações, prejudicando seu tratamento;

CONSIDERANDO a frequente ocorrência de requisições de autoridades judiciais, policiais e do Ministério Público relativamente a prontuários médicos e fichas médicas;

CONSIDERANDO que é ilegal a requisição judicial de documentos médicos quando há outros meios de obtenção da informação necessária como prova;

CONSIDERANDO o parecer CFM 22/00 – Protocolo 1.973/00;

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária de 15/09/00,

RESOLVE:

Art. 1º O médico não pode, sem o consentimento do paciente revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica.

Art. 2º Nos casos do art. 269 do Código Penal, onde a comunicação de doença é compulsória, o dever do médico restringe-se exclusivamente a comunicar tal fato à autoridade competente, sendo proibida a remessa do prontuário médico do paciente.

Art. 3º Na investigação da hipótese de cometimento de crime o médico está impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo criminal.

Art. 4º Se na instrução de processo criminal for requisitada, por autoridade judiciária competente, a apresentação do conteúdo do prontuário ou da ficha médica, o médico disponibilizará os documentos ao perito nomeado pelo juiz, para que neles seja realizada perícia restrita aos fatos em questionamento.

Art. 5º Se houver autorização expressa do paciente, tanto na solicitação como em documento diverso, o médico poderá encaminhar a ficha ou prontuário médico diretamente à autoridade requisitante.

Art. 6º O médico deverá fornecer cópia da ficha ou do prontuário médico desde que solicitado pelo paciente ou requisitado pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina.

Art. 7º Para sua defesa judicial, o médico poderá apresentar a ficha ou prontuário médico à autoridade competente, solicitando que a matéria seja mantida em segredo de justiça.

Art. 8º Nos casos não previstos nesta resolução e sempre que houver conflito no tocante à remessa ou não dos documentos à autoridade requisitante, o médico deverá consultar o Conselho de Medicina, onde mantém sua inscrição, quanto ao procedimento a ser adotado.

Art. 9º Ficam revogadas as disposições em contrário em especial a Resolução CFM 999/80.

RESOLUÇÃO CREMERS 01/01

Autoriza a Consultoria Jurídica do Cremers a tomar providências em defesa do médico processado ou ameaçado de processo por se negar a entregar documentos referentes a segredo médico.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que as Resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina têm força de lei no sentido substantivo no que diz respeito à Ética Médica no País;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM 1.246/88 – Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que frequentemente médicos são colocados em situação de constrangimento para que descumpram preceitos éticos ou Resoluções do Conselho Federal de Medicina e/ou Conselho Regional de Medicina;

CONSIDERANDO que o médico, quando na função de diretor clínico e/ou diretor técnico, tem sob sua guarda os prontuários médicos detalhando o diagnóstico e a história clínica dos pacientes;

CONSIDERANDO o parecer aprovado pelo plenário do Conselho Federal de Medicina 22/00 – protocolo 1.973/00, e a Resolução CFM 1.605/00;

CONSIDERANDO a decisão da Sessão Plenária de 09 de janeiro de 2001;

RESOLVE:

Art. 1º Fica autorizada a Consultoria Jurídica do Cremers a tomar todas as medidas administrativas e/ou jurídicas em defesa do médico que venha a ser processado ou ameaçado de processo por se negar a entregar documentos, ou a prestar informações que possam revelar o segredo médico, sem autorização do paciente;

Art. 2º Os procedimentos poderão ser realizados de forma direta ou por intermédio de terceiros devidamente autorizados pela diretoria do Cremers;

Art. 3º A ação do Cremers ocorrerá a requerimento do interessado aprovado pela diretoria do Cremers.

Porto Alegre, 09 de janeiro de 2001.

Dr. Marco Antônio Becker
Presidente

Dr. Cláudio Balduíno Souto Franzen
Primeiro-Secretário

Capítulo 4

Diretor Técnico e Diretor Clínico

William Harvey (1578-1657) demonstrando a Charles I a circulação do sangue do coração de um cervo (Reproduzido de Robert Hannah, 1848)

Capítulo 4

Diretor Técnico e Diretor Clínico

4.1 DIRETOR TÉCNICO

"Diretor técnico é contratado pelo hospital, deve garantir condições adequadas de trabalho e os meios para boa prática médica."

"... principal responsável pelo funcionamento dos estabelecimentos de saúde terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento, que a ele ficam subordinados hierarquicamente..." Resolução CFM 997/80

"... para exercer o cargo de diretor técnico ou de supervisão, coordenação chefia ou responsabilidade médica pelos serviços assistenciais especializados é obrigatória a titulação em especialidade médica, registrada no Conselho Regional de Medicina (CRM)..." Resolução CFM 2.007/13

Ao diretor técnico cabe assegurar condições adequadas de trabalho e os meios para boa prática médica. Deve supervisionar todos os setores técnicos da instituição; deve, ainda, observar as normas e seu cumprimento.

É médico contratado pela direção da instituição, é remunerado, para assessorá-la nos assuntos técnicos, é o principal responsável pelo exercício ético da Medicina no estabelecimento médico/instituição, diante do Conselho e na justiça.

É permitido que o médico assuma a responsabilidade, como diretor técnico ou clínico, em duas instituições públicas ou privadas, prestadoras de serviços médicos, mesmo quando tratar-se de filiais subsidiárias ou sucursais da mesma instituição.

Somente é permitido exercer a direção técnica em mais de dois estabelecimentos assistenciais quando preenchidos os requisitos da Resolução CFM 2.127/15 (*Art. 4º Para o fiel cumprimento do disposto no art. 3º, fica autorizada a inscrição dos estabelecimentos assistenciais definidos no art. 1º, mediante a indicação de um diretor técnico para até dez unidades de prestação de serviço, desde que não seja ultrapassado em cada unidade, ou em seu conjunto, o máximo de trinta* médicos).

Destaca que é possível ao médico exercer, simultaneamente, as funções de diretor técnico e diretor clínico, desde que a instituição tenha menos de trinta médicos e desde que tenha sido eleito para essa função pelos médicos componentes do corpo clínico com direito a voto.

O afastamento ou substituição do diretor técnico ou do diretor clínico em caráter definitivo ou temporário deve ser comunicado ao Conselho Regional de Medicina. Sua substituição deverá ocorrer imediatamente, obrigando o diretor que assume a devida notificação ao Conselho Regional de Medicina, por escrito e sob protocolo (*Resolução* CFM 2.127*/15 - art. 5º Em caso de afastamento ou substituição do diretor* técnico, aquele que deixa o cargo tem o dever de comunicar o fato mediatamente, por escrito, ao Conselho Regional de Medicina. *Parágrafo* único. *A substituição do diretor afastado deverá ocorrer de imediato, obrigando-se o diretor que assume o cargo a fazer a devida notificação ao Conselho Regional de Medicina*).

A Resolução CFM 2.147/16 traz em seu bojo as atribuições, direitos e deveres do diretor técnico, transcrita ao final deste capítulo.

4.2 DIRETOR CLÍNICO

"Diretor clínico, represente e coordena o Corpo Clínico. Sua função é supervisionar a execução das atividades de assistência médica e também zelar pelo cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico!"

"... O diretor clínico é o responsável pela assistência médica, coordenação e supervisão dos serviços médicos na instituição, sendo obrigatoriamente eleito pelo corpo clínico." Resolução CFM 2.147/16

O diretor clínico é o médico representante e coordenador do Corpo Clínico no contexto do hospital e deve ser eleito de forma direta pelos médicos da instituição. É o elo entre o Corpo Clínico e a Direção Técnica e/ou Direção Geral da instituição.

Ao diretor clínico cabe comunicar o diretor técnico para que tome providências quanto às condições de funcionamento de aparelhagem e equipamentos, bem como o abastecimento de medicamentos e insumos necessários para o fiel cumprimento das prescrições clínicas, intervenções cirúrgicas, aplicação de técnicas de reabilitação e realização de atos periciais quando estes estiverem inseridos em estabelecimento assistencial medico.

É assegurado ao diretor clínico dirigir assembleias do corpo clínico, encaminhando ao diretor técnico as decisões para as devidas providências, inclusive quando houver indicativo de suspensão integral ou parcial das atividades médico-assistenciais por faltarem as condições funcionais previstas na Resolução CFM 2.056/13, em consonância como disposto no art. 20 e parágrafos de mesma resolução.

A Resolução CFM 2.146/16 traz em seu bojo as atribuições, direitos e deveres do diretor Clínica, transcrita em sua integralidade ao final deste capítulo.

4.3 A LEGISLAÇÃO

O Decreto 20.931 de 11 de janeiro de 1932, retificado em 20/02 estabelece em seu art. 28 que: *"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 o seu funcionamento deverá o diretor técnico do estabelecimento enviar à autoridade sanitária competente a relação dos profissionais que nele trabalham, comunicando-lhe as alterações que forem ocorrendo no seu quadro".*

E no artigo seguinte tem-se:

> **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 a 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 internos, com todas as especificações de identidade, e a anotação de todas as ocorrências verificadas desde a entrada até a saída do internado.

A Lei 3.999 de 15 de dezembro de 1961 também traz orientação em seu art. 15 – "*Os cargos ou funções de chefias de serviços médicos somente poderão ser exercidos por médicos, devidamente habilitados na forma da Lei".*

E finalmente a Resolução CFM 2.147 que detalha as funções, direitos e deveres do diretor técnico e do diretor clínico:

RESOLUÇÃO CFM 2.147/16
(D.O.U. 27/10/2016, Seção I, p.332-4)

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

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, alterado pelo Decreto 6.821, de 15 de abril de 2009 e Lei 12.842, de 10 de julho de 2013; e

CONSIDERANDO o art. 28 do Decreto 20.931, de 11 de janeiro de 1932, que declara que qualquer organização hospitalar ou de assistência médica, pública ou privada obrigatoriamente tem que funcionar com um diretor técnico, habilitado para o exercício da Medicina, como principal responsável pelos atos médicos ali realizados;

CONSIDERANDO o art. 15 da Lei 3.999, de 15 de dezembro de 1961, que impõe que os cargos ou funções de chefia de serviços médicos somente podem ser exercidos por médicos habilitados na forma da lei;

CONSIDERANDO o art. 12 do Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e a Lei 6.839, de 30 de outubro de 1980, que estabelecem que as pessoas jurídicas de prestação de assistência médica estão sob a ação disciplinar e de fiscalização dos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO o art. 11 da Resolução CFM 997, de 23 de maio de 1980, que estabelece que o diretor técnico, principal responsável pelo funcionamento dos estabelecimentos de saúde, terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento, que a ele ficam subordinados hierarquicamente;

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

CONSIDERANDO a Resolução CFM 1.657, de 11 de dezembro de 2002, ou sucedânea, que estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Resolução CFM 1.980, de 07 de dezembro de 2011, que dispõe sobre as atribuições, deveres e direitos dos diretores técnicos, diretores clínicos e responsáveis pelos serviços na área médica;

CONSIDERANDO a Resolução CFM 2.007, de 10 de janeiro de 2013, que determina que para exercer o cargo de diretor técnico ou de supervisão, coordenação, chefia ou responsabilidade médica pelos serviços assistenciais especializados é obrigatória a titulação em especialidade médica, registrada no Conselho Regional de Medicina (CRM);

CONSIDERANDO o inciso II do art. 5º da Lei 12.842, de 10 de julho de 2013 (Lei do Ato Médico), que disciplina ser ato privativo do médico a coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privativas de médico;

CONSIDERANDO a interpretação do STF na Representação 1.056-2, de 04 de maio de 1983, de que o diagnóstico, a prescrição, a execução e/ou supervisão de atos particulares na medicina, bem como a alta do paciente são ínsitos ao médico especialista na área;

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

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

CONSIDERANDO a Resolução CFM 2.056, de 20 de setembro de 2013, que estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo, e em especial o art. 16, que define ambiente médico;

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

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

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

ANEXO DA RESOLUÇÃO CFM 2.147/16

Capítulo I
DO ALCANCE DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 1º A prestação de assistência médica e a garantia das condições técnicas de atendimento nas instituições públicas ou privadas são de responsabilidade do diretor técnico e do diretor clínico, os quais, no âmbito de suas respectivas atribuições, responderão perante o Conselho Regional de Medicina.

Capítulo II
DOS DEVERES DA DIREÇÃO TÉCNICA

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

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

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

§ 3º São deveres do diretor técnico:

I. Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;

II. Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando ao melhor desempenho do corpo clínico e dos demais profissionais de saúde, em benefício da população, sendo responsável por faltas éticas decorrentes de deficiências materiais, instrumentais e técnicas da instituição;

III. Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica;

IV. Certificar-se da regular habilitação dos médicos perante o Conselho de Medicina, bem como sua qualificação como especialista, exigindo a apresentação formal dos documentos, cujas cópias devem constar da pasta funcional do médico perante o setor responsável, aplicando-se essa mesma regra aos demais profissionais da área da saúde que atuem na instituição;

V. Organizar a escala de plantonistas, zelando para que não haja lacunas durante as 24 horas de funcionamento da instituição, de acordo com regramento da Resolução CFM 2.056, de 20 de setembro de 2013;

VI. Tomar providências para solucionar a ausência de plantonistas;

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

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

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

X. Cumprir o que determina a Resolução CFM 2.056/13, no que for atinente à organização dos demais setores assistenciais, coordenando as ações e pugnando pela harmonia intra e interprofissional;

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

XII. Assegurar que as propagandas institucionais obedeçam ao disposto na Resolução CFM 1.974, de 14 de julho de 2011, ou aquela que a suceder;

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

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

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

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

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

I. Pelo que estiver pactuado nos contratos com prestadores de serviço, pessoas físicas e pessoas jurídicas por eles credenciados ou contratados, de acordo com previsões da Lei 13.003, de 24 de junho de 2014;

II. Para que, por meio da supervisão de seus auditores sejam garantidas as condições físicas e ambientais oferecidas por seus contratados a seus pacientes;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XII. Para que não sejam realizadas auditorias a distância.

Capítulo III
DOS DIREITOS DA DIREÇÃO TÉCNICA

Art. 3º É assegurado ao diretor técnico o direito de suspender integral ou parcialmente as atividades do estabelecimento assistencial médico sob sua direção quando faltarem as condições funcionais previstas nessa norma e na Resolução CFM 2.056/13, devendo, na consecução desse direito, obedecer ao disposto nos arts. 17 e 18, mais parágrafos desse dispositivo.

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

Capítulo IV
DO ALCANCE DAS ATRIBUIÇÕES DO DIRETOR CLÍNICO

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

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

Art. 5º São competências do diretor clínico:

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

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

III. Organizar os prontuários dos pacientes de acordo com o que determina as Resoluções CFM 1.638/02 e 2.056/13;

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

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

VI Determinar que, excepcionalmente nas necessidades imperiosas com risco de morte que possam caracterizar omissão de socorro, os médicos plantonistas de UTIs e dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência Médica não sejam deslocados para fazer atendimento fora de seus setores.

Capítulo V
DOS DEVERES DA DIREÇÃO CLÍNICA

Art. 6º São deveres do diretor clínico:

I. Dirigir e coordenar o corpo clínico da instituição;

II. Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição, comunicando ao diretor técnico para que tome as providências cabíveis quanto às condições de funcionamento de aparelhagem e equipamentos, bem como o abastecimento de medicamentos e insumos necessário ao fiel cumprimento das prescrições clínicas, intervenções cirúrgicas, aplicação de técnicas de reabilitação e realização de atos periciais quando este estiver inserido em estabelecimento assistencial médico;

III. Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição;

IV. Supervisionar a efetiva realização do ato médico, da compatibilidade dos recursos disponíveis, da garantia das prerrogativas do profissional médico e da garantia de assistência disponível aos pacientes;

V. Atestar a realização de atos médicos praticados pelo corpo clínico e pelo hospital sempre que necessário;

VI. Incentivar a criação e organização de centros de estudos, visando à melhor prática da medicina;

VII. Recepcionar e assegurar, aos estagiários (acadêmicos e médicos) e residentes médicos, condições de exercer suas atividades com os melhores meios de aprendizagem, com a responsabilidade de exigir a sua supervisão.

Capítulo VI
DOSDIREITOS DA DIREÇÃO CLÍNICA

Art. 7º É assegurado ao diretor clínico dirigir as assembleias do corpo clínico, encaminhando ao diretor técnico as decisões para as devidas providências, inclusive quando houver indicativo de suspensão integral ou parcial das atividades médico-assistenciais por faltarem as condições funcionais previstas na Resolução CFM 2.056/13, em consonância com disposto no art. 20 e parágrafos desse mesmo dispositivo. É, ainda, direito de o diretor clínico comunicar ao Conselho Regional de Medicina e informar, se necessário, a outros órgãos competentes.

Capítulo VII
DA CIRCUNSCRIÇÃO E ABRANGÊNCIA DA AÇÃO DE DIRETORES TÉCNICOS ECLÍNICOS

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

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

§ 2º Será permitida exercer a direção técnica em mais de dois estabelecimentos assistenciais quando preencher os requisitos exigidos na Resolução CFM 2.127/15.

§ 3º É possível ao médico exercer, simultaneamente, as funções de diretor técnico e de diretor clínico. Para tanto, é necessário que o

estabelecimento assistencial tenha corpo clínico com menos de trinta médicos.

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

Capítulo VIII
DA TITULAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DA DIREÇÃO TÉCNICA E DIREÇÃO CLÍNICA

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

§ 1º Supervisor, coordenador, chefe ou responsável por serviços assistenciais especializados deverão possuir título de especialista na especialidade oferecida pelo serviço médico, com o devido registro do título pelo CRM, e se subordinam ao diretor técnico e diretor clínico em suas áreas respectivas, não se lhes aplicando a limitação prevista no caput do art. 8º.

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

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

Capítulo IX
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10. Em caso de afastamento ou substituição do diretor técnico ou do diretor clínico em caráter definitivo, aquele que deixa o cargo tem o dever de imediatamente comunicar tal fato, por escrito e sob protocolo, ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. A substituição do diretor afastado deverá ocorrer imediatamente, obrigando o diretor que assume o cargo a fazer a devida notificação ao Conselho Regional de Medicina, por escrito e sob protocolo.

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

Capítulo 5

Corpo Clínico

Eduard Jenner vacinando James Phipps – 1915

Capítulo 5

Corpo Clínico

O Corpo Clínico é o conjunto dos médicos que atuam de modo permanente e regular numa instituição de assistência médica, seja um hospital, uma casa de saúde, uma policlínica ou similares. Às vezes, o Corpo Clínico é também chamado de Corpo Médico; porém a denominação mais usual e consagrada pela tradição é Corpo Clínico.

Sendo composto única e exclusivamente por médicos, não deve ser confundido com corpo assistencial, expressão que se refere ao conjunto dos profissionais, inclusive os médicos, que prestam assistência num hospital (enfermeiros, farmacêuticos, bioquímicos, fisioterapeutas, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais, etc.).

O Corpo Clínico deve ser estruturado nos moldes da Resolução CFM 1.124/83 e será sempre chefiado por um médico, o diretor clínico, membro efetivo, escolhido por eleição direta dos seus membros, cujas atribuições estão descritas nas Resoluções CFMs 1.481/97 e 2.147/16 – transcrita no capítulo 4 – item 4.3.

RESOLUÇÃO CFM 1.481/97

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e,

CONSIDERANDO a necessidade de estabelecer diretrizes gerais para a elaboração de Regimentos Internos dos estabelecimentos de assistência médica do País, que assegurem condições de relacionamento harmonioso entre instituições e profissionais visando à melhoria da assistência prestada à saúde da população;

CONSIDERANDO que nesses Regimentos devem estar claramente expressos os deveres e direitos dos médicos e dos dirigentes das instituições prestadoras de assistência médica, visando a garantir o exercício ético da Medicina;

CONSIDERANDO, ainda, ser obrigatório o registro e aprovação desses Regimentos nos Conselhos Regionais de Medicina, conforme dispõe a Resolução CFM 1.124/83;

CONSIDERANDO o aprovado em Sessão Plenária de 08 de agosto de 1997,

RESOLVE:

Art. 1º Determinar que as instituições prestadoras de serviços de assistência médica no País deverão adotar nos seus Regimentos Internos do Corpo Clínico as diretrizes gerais abaixo relacionadas.

Art. 2º Os diretores técnico e clínico das Instituições acima mencionadas terão o prazo de 60 dias para encaminhar ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição em que atuam documentação comprobatória do atendimento a esta Resolução, a saber:

***§* 1º** Cópia do Regimento Interno com as devidas alterações.

§ *2º* Cópia da ata da Assembleia de Corpo Clínico que aprovou o Regimento Interno com as alterações previstas nesta Resolução.

§ 3º Caso o Regimento Interno da Instituição já atenda o previsto nesta resolução, os diretores técnico e clínico deverão encaminhar cópia do mesmo e da ata da Assembleia que o aprovou.

Art. 3º Revogar a Resolução CFM 1.445/94.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação.

"DIRETRIZES GERAIS PARA OS REGIMENTOS INTERNOS DE CORPO CLÍNICO DAS ENTIDADES PRESTADORAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA NO BRASIL"

Definição
O Corpo Clínico é o conjunto de médicos de uma instituição com a incumbência de prestar assistência aos pacientes que a procuram, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural.
Obs. Nas instituições em que a expressão "corpo clínico" designar a totalidade de profissionais de nível superior que nela atuem, estas diretrizes aplicar-se-ão ao conjunto de médicos reunidos sob qualquer outra denominação.

Objetivos
O Corpo Clínico terá como objetivos, entre outros:
- contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos;
- assegurar a melhor assistência à clientela da Instituição;
- colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da Instituição;
- estimular a pesquisa médica;
- cooperar com a administração da Instituição visando à melhoria da assistência prestada;
- estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Composição
O Regimento Interno deverá prever claramente as diversas categorias de médicos que compõem o Corpo Clínico, descrevendo suas características, respeitando o direito do médico de internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição (Art. 25 do Código de Ética Médica).

Organização do Corpo Clínico
O Regimento Interno deverá prever a existência do diretor técnico e do diretor clínico, sendo este obrigatoriamente eleito pelo Corpo Clínico, de forma direta e secreta, com mandato de duração definida. Da mesma forma se procederá em relação à Comissão de Ética da Instituição. A existência de Conselhos e outras Comissões e de outros Órgãos deverá ser explicitada, prevendo-se a representação do Corpo Clínico. As competências dos diretores técnico e clínico e da Comissão de Ética estão previstas em Resoluções específicas do Conselho Federal de Medicina.

Eleição
O diretor clínico, seu substituto e os membros da Comissão de Ética serão eleitos por votação direta e secreta em Processo Eleitoral especialmente convocado com essa finalidade, com antecedência de pelo menos dez dias, por maioria simples de votos.

Competências

O Regimento Interno deverá discriminar as competências do Corpo Clínico, garantindo aos seus integrantes, de acordo com sua categoria:

- frequentar a Instituição assistindo seus pacientes, valendo-se dos recursos técnicos disponíveis;
- participar das suas Assembleias e Reuniões Científicas;
- votar e, conforme a categoria pertencente, ser votado;
- eleger o diretor clínico e seu substituto, Chefes de Serviço, bem como a Comissão de Ética Médica;
- decidir sobre a admissão e exclusão de seus membros garantindo ampla defesa e obediência das normas legais vigentes.
- colaborar com a administração da instituição, respeitando o Código de Ética Médica, os regulamentos e as normas existentes.

Deliberações
O Corpo Clínico deliberará através de Assembleias convocadas com antecedência mínima de dez dias, em primeira convocação com quórum mínimo de dois terços dos membros e em segunda convocação, após 1 hora, com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos, exceto para a exclusão de membros, quando serão exigidos dois terços dos votos. Mediante requerimento de um terço dos seus membros, o Corpo Clínico poderá convocar assembleias extraordinárias, com antecedência mínima de 24 horas.

Direitos e Deveres

O Regimento Interno deverá prever os direitos dos seus integrantes, respeitando como fundamentais:

- a autonomia profissional;
- a admissão e exclusão de membros será decidida pelo Corpo Clínico garantindo-se ampla defesa e obediência às normas legais vigentes;
- acesso à Instituição e seus serviços;
- a participação nas Assembleias e Reuniões;

- direito de votar, e conforme o caso, ser votado;
- receber a remuneração pelos serviços prestados da forma mais direta e imediata possível;
- compete aos membros do Corpo Clínico a decisão final sobre a prestação do serviço médico do hospital. Fica resguardado no limite dos preceitos éticos o direito do médico decidir autonomamente em atender pacientes vinculados a convênios, mesmo quando aceitos pelo Corpo Clínico.
- comunicar falhas observadas na assistência prestada pela Instituição e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes.

Os deveres dos integrantes do Corpo Clínico também deverão ser claramente expressos, prevendo-se, inclusive, a possibilidade de punições no âmbito da Instituição, por fatos de natureza administrativa, através de sindicância, garantindo-se ampla defesa aos acusados. A penalidade de exclusão deverá ser homologada em assembleia do Corpo Clínico. Devem ser claramente mencionados os deveres de:

- obediência ao Código de Ética Médica, ao Estatuto e ao Regimento Interno da Instituição;
- assistir os pacientes sob seu cuidado com respeito, consideração, e dentro da melhor técnica, em seu benefício;
- colaborar com seus colegas na assistência aos seus pacientes, quando solicitado;
- participar de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário. Para a prática em área diferente daquela em que foi admitido, deve o médico interessado cumprir as formalidades previstas para o ingresso no Corpo Clínico;
- cumprir as normas técnicas e administrativas da Instituição;
- elaborar prontuário dos pacientes com registros indispensáveis à elucidação do caso em qualquer momento;
- colaborar com as Comissões específicas da Instituição;
- deverá também o médico restringir sua prática à(s) área(s) para a(s) qual(is) foi admitido, exceto em situações de emergência;
- caberá aos médicos que se julgarem prejudicados por decisões de qualquer natureza recurso ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição em que se encontra registrada a Instituição.

Capítulo 6

Regimento Interno do Corpo Clínico

Heiman Dullaert – 1636 a 1684. O Barbeiro Cirurgião

Capítulo 6

Regimento Interno do Corpo Clínico

"É no Regimento Interno do Corpo Clínico que o médico encontrará guarida para que não sofra com atos arbitrários como, por exemplo, sua expulsão do Corpo Clínico sem motivação ou investigação."

O Regimento Interno do Corpo Clínico é um documento muito importante para o bom funcionamento do Corpo Clínico. Nele são estabelecidos direitos e deveres dos médicos, garantindo o exercício ético da Medicina.

É no Regimento Interno do Corpo Clínico que o médico encontrará guarida para que não sofra com atos arbitrários como, por exemplo, sua expulsão do Corpo Clínico sem motivação ou investigação.

A resolução CFM 1.481/97 estabelece as diretrizes mínimas para a elaboração de um Regimento Interno de forma adequada para os médicos da instituição.

Trata-se de documento preponderantemente complexo, abrangente, obrigatório, que faz lei entre os médicos. Importantíssimo que as instituições trabalhem para que as normas nele determinadas sejam cumpridas. Assim, deve ser mantido atualizado, sendo que cada mudança deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação.

REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO

ATUALIZADO DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO CFM 1.481/97 E AS RESOLUÇÕES CREMERS 06/01 DE 04/12/01, 05/02 DE 07/05/02 E 06/02 DE 21/06/02

Capítulo I
CONCEITUAÇÃO

Art. 1º O Corpo Clínico é o conjunto dos médicos que exercem suas atividades em uma instituição prestadora de serviços de assistência médica.

§ 1º O Corpo Clínico deve manter um alto padrão moral, técnico e científico para a consecução de suas finalidades, nos termos deste Regimento Interno.

§ 2º O diretor clínico representa o Corpo Clínico perante a Direção da instituição.

Art. 2º Os membros do Corpo Clínico gozam de plena autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural.

Parágrafo único. Os membros do Corpo Clínico, individualmente, respondem civil, penal e eticamente por seus atos profissionais.

Capítulo II
DOS OBJETIVOS DO CORPO CLÍNICO

Art. 3º O Corpo Clínico terá como objetivos, entre outros:

I. contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos;

II. assegurar a melhor assistência à clientela da instituição;

III. colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da instituição;

IV. estimular a pesquisa médica;

V. cooperar com a administração da instituição visando à melhoria da assistência prestada;

VI. estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Capítulo III
DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º O Corpo Clínico será composto das seguintes categorias de médicos:

I. beneméritos
II. honorários
III. contratados
IV. temporários
V. efetivos
VI. consultores
VII. cortesia
VIII. residentes
IX. estagiários

Parágrafo único. Os médicos de uma dessas categorias podem participar simultaneamente de outras, respeitadas as exigências regimentais de admissão.

Art. 5º São membros Beneméritos os profissionais que, com quinze ou mais anos de serviços prestados à instituição, deixem a efetividade de suas funções.

Art. 6º São membros Honorários os profissionais que, por relevantes serviços prestados à instituição ou por seu valor pessoal e profissional, gozem de merecido conceito.

Parágrafo único. Para a concessão de título de Membro Honorário, o diretor clínico submeterá ao Corpo Clínico, que a apreciará, a indicação, acompanhada de exposição de motivos e curriculum vitae. A aprovação se dará pelo voto de, no mínimo, dois terços dos presentes à reunião.

Art. 7º São membros Contratados os profissionais admitidos pela Direção da instituição, de acordo com a legislação trabalhista e as normas previstas neste Regimento.

Art. 8º São membros Temporários os profissionais autorizados à prática da medicina, até o prazo máximo de três anos.

Art. 9º São membros efetivos os profissionais antes admitidos como membros temporários após o transcurso do prazo a que se refere o artigo anterior, ou os contratados em instituição em que a contratação seja a única forma de ingresso.

Art. 10. São membros Consultores os profissionais de reconhecida capacidade que aceitem colaborar, quando solicitados, com o Corpo Clínico na forma deste Regimento.

Art. 11. São membros da categoria de Cortesia os profissionais que, autorizados de comum acordo pela Direção Técnica e Clínica, atenderem, em caráter excepcional, pacientes particulares.

Art. 12. São membros da categoria de Residentes e Estagiários os profissionais vinculados à programação do Ensino e Treinamento.

Capítulo IV
SERVIÇOS MÉDICOS

Art. 13. A instituição manterá os serviços médicos necessários à execução de suas finalidades, em regime de internamento ou de ambulatório.

Parágrafo único. O sistema de atendimento através de plantões será de responsabilidade da instituição com prioridade aos membros do Corpo Clínico.

Capítulo V
DIREÇÃO

Art. 14. O Corpo Clínico será dirigido por um diretor clínico e um vice-diretor clínico, com assessoramento, se necessário, de Comissões permanentes e temporárias.

§1º O diretor clínico e o vice-diretor clínico obrigatoriamente serão eleitos pelo Corpo Clínico, de forma direta e secreta, com mandato de no máximo 0dois anos, em Processo Eleitoral especialmente convocado com essa finalidade, com antecedência de pelo menos dez dias, por maioria simples de votos.

§ 2º As competências do diretor técnico, do diretor clínico e da Comissão de Ética são as previstas em Resoluções específicas do Conselho Federal de Medicina.

§ 3º A Comissão de Ética somente será constituída quando o Corpo Clínico contar com número superior a cinco membros efetivos. Nos demais casos, o diretor clínico acumulará as atribuições dessa Comissão.

§ 4º As Comissões, tanto permanentes como temporárias, serão nomeadas pelo diretor clínico, sendo a de Ética eleita pelos membros efetivos do Corpo Clínico.

Art. 15. O diretor clínico, independentemente do cargo, continuará no exercício de suas atividades profissionais normais.

Capítulo VI
COMPETÊNCIA

Art. 16. Ao Corpo Clínico compete:

I. prestar assistência médica aos pacientes sob seus cuidados;

II. prestar assistência médica aos pacientes, independentemente de cor, raça, religião, situação social ou política;

III. decidir a respeito da admissão de médico ao Corpo Clínico, na forma deste Regimento;

IV. decidir sobre punição de médico, depois de receber os resultados da respectiva sindicância, na forma deste Regimento;

V. realizar Assembleias e Reuniões Científicas;

VI. cooperar com a administração da instituição visando à melhoria da assistência prestada;

VII. colaborar com a administração da instituição, respeitando o Código de Ética Médica, os regulamentos e as normas existentes;

VIII. participar na educação sanitária da população;

IX. colaborar nos programas de treinamento do pessoal da instituição;

X. contribuir para o aprimoramento dos padrões profissionais;

XI. eleger o diretor clínico e seu substituto, bem como a Comissão de Ética Médica, na forma do art. 17.

Art. 17. Aos médicos efetivos compete, privativamente:

I . votar e ser votado;

II . decidir sobre a participação do Corpo Clínico em convênios, inclusive os do sistema público de saúde, firmados pela instituição para atendimento ambulatorial e hospitalar, ressalvado o direito individual do médico de não atender a tais convênios.

§ 1º Se o Corpo Clínico decidir pelo não atendimento de determinado convênio, nenhum médico poderá individualmente atender, ressalvados os membros contratados e residentes.

§ 2º O membro efetivo do Corpo Clínico que deixar de atuar na instituição pelo prazo de 0um ano terá suspensos seus direitos previstos no **caput** deste artigo, ressalvado o disposto no art. 27.

§ 3 Cessará a suspensão referida no parágrafo 2º quando o médico voltar a atuar na instituição.

§ 4º Não se aplicam as disposições do **caput**, Inciso II e §§ 1º, 2º e terceiro, quando todos os membros do Corpo Clínico são médicos contratados.

Art. 18. Ao diretor clínico compete:

I. dirigir e coordenar a assistência médica da instituição;

II. desenvolver o espírito de crítica científica;

III. tomar conhecimento, para as providências necessárias, de todas as solicitações do Corpo Clínico;

IV. encaminhar ao diretor técnico as sugestões e reivindicações do Corpo Clínico;

V. cientificar o diretor técnico das irregularidades que se relacionem com a boa ordem e as normas da instituição;

VI. encaminhar relação de faltas e substituições no Corpo Clínico ao diretor da instituição;

VII. convocar as sessões ordinárias e extraordinárias, na forma prevista neste Regimento;

VIII. apresentar ao diretor técnico da instituição o relatório anual das atividades médicas;

IX. nomear as Comissões permanentes e temporárias do Corpo Clínico;

X. delegar ao vice-diretor clínico algumas de suas atribuições;

XI. cumprir e fazer cumprir o presente Regimento e os Estatutos da instituição, quando em consonância; havendo divergência, prevalece o estabelecido no Regimento;

XII. tomar as providências para que todo paciente hospitalizado tenha seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta;

XIII. determinar que nas cirurgias eletivas o médico deve se assegurar previamente das condições indispensáveis à execução do ato, inclusive quanto à necessidade de ter como auxiliar outro médico capaz de substituí-lo em seu impedimento;

XIV. zelar pela fiel observância do Código de Ética Médica;

XV. observar as Resoluções do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul;

XVI. zelar pelo correto preenchimento dos prontuários por parte dos médicos integrantes do Corpo Clínico;

XVII. fiscalizar o exercício profissional na instituição;

XVIII. impedir que o médico do Corpo Clínico realize procedimentos não reconhecidos pela comunidade científica ou consagrados como atos médicos.

Art. 19. Ao vice-diretor clínico compete:

I. substituir o diretor clínico nos seus eventuais impedimentos;

II. desempenhar as tarefas que lhe forem delegadas pelo diretor clínico;

III. auxiliar o diretor clínico.

Capítulo VII
DIREITOS E DEVERES

Art. 20. São direitos fundamentais dos integrantes do Corpo Clínico:

I. a autonomia profissional;

II. decidir quanto à admissão e exclusão de membros, garantindo-se ampla defesa e obediência às normas legais vigentes, na forma do art. 17;

III. acesso à instituição e seus serviços;

IV. a participação nas Assembleias e Reuniões;

V. votar, e, conforme o caso, ser votado, na forma do art. 17;

VI. receber a remuneração pelos serviços prestados da maneira mais direta e imediata possível;

VII. decidir autonomamente não atender pacientes vinculados a convênios, mesmo quando aceitos pelo Corpo Clínico, na forma deste Regimento;

VIII. decidir de forma final sobre a prestação do serviço médico.

Parágrafo único. O disposto no art. 20, Incisos II e VII, não se aplica na hipótese de os membros efetivos do Corpo Clínico serem todos contratados.

Art. 21 São deveres dos integrantes do Corpo Clínico:

I. comunicar falhas observadas na assistência prestada pela instituição e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes;

II. obediência ao Código de Ética Médica; ao Regimento Interno do Corpo Clínico e ao Estatuto da Instituição quando em consonância; havendo divergência, prevalecem o Código de Ética Médica e o Regimento Interno do Corpo Clínico;

III. assistir os pacientes sob seu cuidado com respeito, consideração e dentro da melhor técnica, em seu benefício;

IV. colaborar com os colegas na assistência aos seus pacientes, quando solicitado; participar de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário;

V. cumprir as normas técnicas e administrativas da instituição quando em consonância;

VI. elaborar corretamente prontuário dos pacientes com registros indispensáveis à elucidação do caso;

VII. colaborar com as Comissões específicas da instituição;

VIII. deverá também o médico restringir sua prática à(s) área(s) para a(s) qual(is) foi admitido, exceto em situações de urgência e emergência.

§ 1º O descumprimento dos deveres pelo integrante do Corpo Clínico sujeitará o infrator às sanções previstas neste Regimento Interno, após sindicância com amplo direito de defesa.

§ 2º Caberá aos médicos que se julgarem prejudicados por decisões de qualquer natureza recurso ao Cremers.

Capítulo VIII
ADMISSÃO E EXCLUSÃO

Art. 22. O requerimento de admissão ao Corpo Clínico, acompanhado de documentação necessária, será dirigido ao diretor clínico que o submeterá ao Corpo Clínico em trinta dias a contar da data em que foi protocolado o pedido.

§ 1º A aprovação será por deliberação da Assembleia Geral do Corpo Clínico, pela maioria simples dos membros presentes.

§ 2º A decisão do Corpo Clínico será fundamentada com a presença do médico postulante, que terá direito à palavra na reunião.

§ 3º O diretor clínico encaminhará o aprovado à direção administrativa da instituição em, no máximo, 0cinco dias; esta disporá, por sua vez, de um prazo máximo de sete dias para manifestar-se. O silêncio da direção implicará na aceitação tácita.

§ 4º Em caso de discordância da direção administrativa da instituição, esta deverá ser fundamentada e remetida ao Corpo Clínico, que somente poderá rejeitá-la pelo voto de dois terços dos presentes, em um prazo não superior a quinze dias.

§ 5º Da decisão final cabe recurso ao Cremers, em um prazo máximo de trinta dias.

§ 6º Não se aplica o disposto neste artigo à hipótese em que todos os membros efetivos do Corpo Clínico sejam contratados pelo hospital.

Art. 23. Terão direito a voto somente os membros efetivos do Corpo Clínico.

Art. 24. Os médicos contratados pela instituição e que não passarem na tramitação normal para ingresso no Corpo Clínico não serão considerados membros efetivos do Corpo Clínico, salvo a hipótese em que todos os médicos do hospital sejam contratados e assim sejam efetivos no Corpo Clínico.

Art. 25. Os candidatos ao Corpo Clínico no Grupo de Temporários deverão anexar os seguintes documentos:

I. carteira de identidade de médico com registro no Cremers;

II. indicação da área de atuação, com o número de inscrição no Registro de Qualificação de Especialidade no Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, quando o tiver;

III. "curriculum vitae";

IV. quitação da anuidade do Cremers.

Art. 26. As decisões denegatórias e os casos de exclusão poderão ser objeto de pedido de reexame ao Corpo Clínico, no prazo de trinta dias, contados da ciência ao interessado. O Corpo Clínico deliberará através de Assembleias convocadas com antecedência mínima de dez dias. Em primeira convocação o quórum mínimo será de dois terços dos membros do Corpo Clínico, e em segunda convocação, após uma hora, com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos.

§ 1º As decisões do Corpo Clínico, quer as originárias quer a de reexame, serão tomadas por votação nominal ou simbólica, sendo direito do interessado obter certidão da ata.

§ 2º Caso o pedido de reexame venha a ser julgado improcedente, o interessado poderá recorrer ao Conselho Regional de Medicina, no prazo de trinta dias, justificando fundamentadamente suas razões.

Art. 27. O médico que tiver de se afastar da sede da instituição cujo Corpo Clínico integra, nele desejando continuar, deverá formalmente comunicar o afastamento vinculado ao período de ausência, nunca superior a três anos, sob pena de exclusão decorrido um ano.

Art. 28. Será considerada falta ética grave um médico aceitar a sua contratação pelo estabelecimento de saúde em substituição a um médico contratado demitido quando na defesa dos princípios éticos da profissão.

§ 1º Cabe ao Cremers, quando provocado, emitir declaração sobre o mérito da eticidade da motivação que gerou a demissão.

§ 2º Quando a demissão for considerada antiética, cabe ao diretor técnico tomar as medidas cabíveis para que a administração da instituição corrija o ato e que se abstenha de concretizar futuras ações dessa natureza.

Capítulo IX
PENALIDADES

Art. 29. As transgressões deste Regimento, cometidas por membros do Corpo Clínico, sujeitam os infratores às seguintes penas;

I. advertência reservada por escrito;

II. censura reservada por escrito;

III. afastamento temporário do Corpo Clínico pelo prazo de trinta a cento e oitenta dias;

IV. exclusão do Corpo Clínico.

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

§ 2º Na hipótese de o Corpo Clínico ser constituído por membros efetivos exclusivamente contratados, a assembleia do Corpo Clínico apenas sugerirá à direção da instituição as penas previstas nos Incisos III e IV do art. 28.

Art. 30. Nenhuma penalidade será imposta sem sindicância, regularmente processada, assegurando-se ao acusado o mais amplo direito de defesa.

Art. 31. A execução de qualquer penalidade por transgressão deste Regimento, imposta pelos membros efetivos do Corpo Clínico, caberá ao diretor clínico.

Parágrafo único. No caso de indício de infração ética, será remetida cópia da sindicância procedida ao Cremers, que tomará as providências cabíveis de sua alçada.

Capítulo X
REUNIÕES

Art. 32. As reuniões ordinárias serão realizadas pelo menos uma vez por mês, sob a presidência do diretor clínico.

Parágrafo único. As reuniões terão ata lavrada em livro próprio e redigida por um Secretário designado pelo presidente.

Art. 33. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas tanto pelo diretor clínico como por um terço dos membros efetivos do Corpo Clínico, presidida, no último caso, por um deles, na ausência do diretor clínico, com antecedência mínima de vinte e quatro horas.

Parágrafo único. Em primeira convocação o quórum mínimo será de dois terços dos membros do Corpo Clínico e em segunda convocação, após uma hora, com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos.

Art. 34. As decisões serão tomadas por votação nominal ou simbólica e maioria simples dos membros efetivos presentes.

Art. 35. As convocações deverão ser feitas por escrito, acompanhadas da respectiva pauta, com antecedência mínima de cinco dias, salvo urgência justificada.

Capítulo XI
COMISSÕES

Art. 36. As comissões serão permanentes e temporárias, conforme o disposto no art. quatorze e seu § quarto.

Art. 37. A Comissão de Ética, permanente, de três membros, um dos quais será seu presidente, será escolhida entre os membros efetivos do Corpo Clínico em eleição presidida pelo diretor clínico.

§ 1º O mandato dos integrantes da Comissão de Ética terá duração de cinco anos, coincidindo com o dos conselheiros do Cremers.

§ 2º As Comissões de Ética Médica ficam vinculadas ao Cremers, diretamente ou através das Delegacias Seccionais.

Art. 38. São atribuições da Comissão de Ética:

I. assessorar o diretor clínico nas matérias de ordem ética;

II. cooperar com o diretor clínico no cumprimento das obrigações deste e do Corpo Clínico perante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul;

III. esclarecer os integrantes do Corpo Clínico quanto aos preceitos do Código de Ética Médica relacionados com a prática de atos médicos no estabelecimento;

IV. promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;

V. instaurar sindicância interna para apurar eventuais infrações éticas, ou coligir dados sobre doença incapacitante do médico, ouvindo os interessados, testemunhas e peritos, e exercer todos os demais atos adequados à apuração dos fatos;

VI. comunicar diretamente ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, ou sua respectiva Delegacia Seccional, as conclusões da sindicância, quando caracterizados indícios de infração ética ou de doença incapacitante de médico, independentemente das que devam ser feitas aos demais órgãos e autoridades competentes, inclusive no que diz respeito aos profissionais não médicos;

VII. zelar pela ética nos projetos de pesquisa médica, acompanhando seu desenvolvimento;

VIII. coibir práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;

IX. zelar pelo livre exercício da medicina, denunciando ao Cremers fatos que estejam cerceando o exercício profissional.

Art. 39. Poderão ser criadas outras comissões, tanto permanentes quanto temporárias, devendo ter finalidades claramente definidas.

Capítulo XII
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 40. O diretor do Corpo Clínico não poderá acumular o cargo de diretor técnico em hospitais com mais de dez médicos.

Art. 41 O médico aceito no Corpo Clínico para trabalhar em uma determinada área médica não poderá atuar por conta própria em área diversa, salvo em urgência e emergência.

Art. 42. O médico aceito no Corpo Clínico para trabalhar em uma determinada área médica não poderá ser designado ou obrigado a exercer sua atividade em área diversa da que foi aceito.

Art. 43. Este regimento revoga, expressamente, o Regimento anterior.

Porto Alegre, 21 de junho de 2002.

6.1 RESOLUÇÕES

RESOLUÇÃO CFM 997/80

O Conselho Federal de Medicina, usando das atribuições que lhe confere a Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que os estabelecimentos de saúde mencionados no Decreto 20.93um terço2 devem ser dirigidos por médicos designados diretores técnicos e que devem ser os seus principais responsáveis;

CONSIDERANDO que o Decreto 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 supervisoras e fiscalizadoras 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 unidade de saúde, onde se exerçam atividades de diagnóstico e tratamento, visando à 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 Os pedidos de inscrição no Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde mantido nos Conselhos Regionais é de competência do médico que estiver investido na direção técnica do mesmo, sendo consequentemente o seu principal responsável, e devem ser acompanhados 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 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 postas em vigor pelo Ministério da Saúde.

Art. 6º Os Conselhos Regionais de Medicina deverão encaminhar ao Conselho Federal os dados relativos aos cadastramentos 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 primeiro 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 do 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 horas, ao Conselho Regional de Medicina, sob pena de procedimento disciplinar, envolvendo o médico que se afasta e aquele que 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. 10. 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. 11. 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 ficam subordinados hierarquicamente.

Art. 12. A falta de cumprimento do 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 a ação disciplinar pelos respectivos Conselhos Regionais.

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

Rio de Janeiro, 23 de maio de 1980. Publicado no D.O.U. (Seção I - Parte II) de 24/06/80.

RESOLUÇÃO CFM 1.493/98

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO a necessidade presente de situar e definir nos exatos e devidos termos a responsabilidade do médico com relação às internações hospitalares;

CONSIDERANDO que os pacientes internados em instituições hospitalares não podem ser assistidos apenas pelos médicos plantonistas cujas atribuições devem ficar voltadas para situações não rotineiras;

CONSIDERANDO que a responsabilidade médica permanece individual para com o doente, em quaisquer tipos de organização de assistência médica;

CONSIDERANDO que é direito do paciente ter um médico como responsável direto pela sua internação, assistência e acompanhamento até a alta;

CONSIDERANDO que o art. 28 do Decreto 20.931, de 11 de janeiro de 1932, dispõe que o diretor técnico é o principal responsável pelos atos médicos praticados no âmbito das organizações hospitalares ou de assistência médica;

CONSIDERANDO que o art. 12 do Decreto 44.045/58 e a Lei 6.839/80 estabelecem que as pessoas jurídicas de prestação de assistência médica estão sob ação disciplinar e de fiscalização dos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO que o art. 11 da Resolução CFM 997/80 estabelece que o diretor técnico, principal responsável pelo funcionamento dos estabelecimentos de saúde, terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento que a ele ficam subordinados hierarquicamente;

CONSIDERANDO, finalmente, o que ficou decidido na Sessão Plenária de 15 de maio de 1998.

RESOLVE:

Art. 1º Determinar ao diretor clínico do estabelecimento de saúde que tome as providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta.

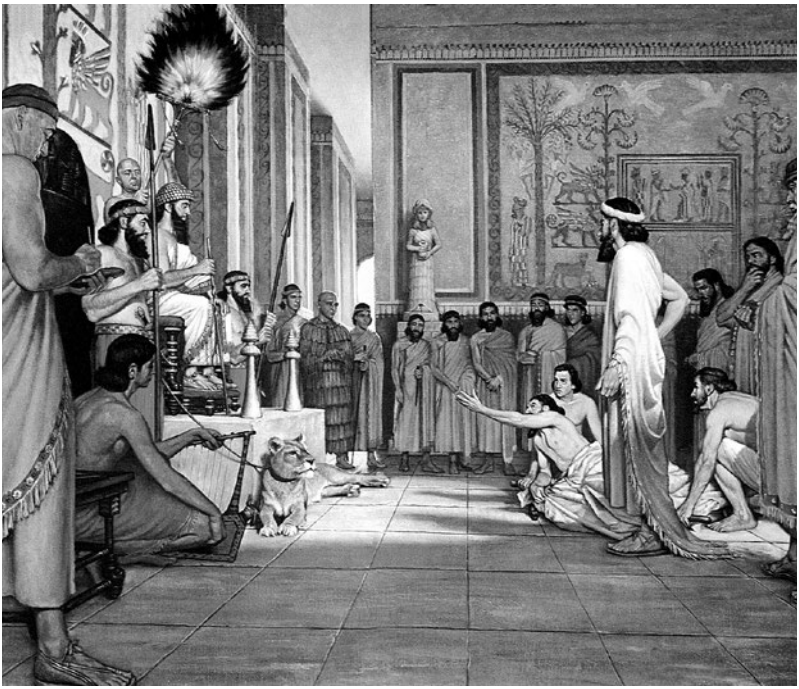
Art. 2º Determinar que nas cirurgias eletivas o médico se assegure previamente das condições indispensáveis à execução do ato, inclusive quanto à necessidade de ter como auxiliar outro médico que possa substituí-lo em seu impedimento.

Art. 3º Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 4º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Capítulo 7

Comissão de Ética Médica



Na Babilônia surgiu o primeiro código para obrigações e sanções sobre a atividade médica, o código de Hamurabi. A medicina era exercida pela santidade, a palavra, a lei, as ervas e a faca (Reproduzido de Bender G, Thom R.)

Capítulo 7

Comissão de Ética Médica

"As normas de organização e funcionamento das Comissões de Ética Médica são estabelecidas na Resolução CFM 2.152/16.

As Comissões de Ética Médica são órgãos de apoio aos trabalhos dos Conselhos Regionais de Medicina dentro das instituições de assistência à saúde, possuindo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina."

As Comissões de Ética Médica foram criadas pelo Conselho Federal de Medicina mediante a Resolução 125/85, de 11 de julho de 1985, que determinou aos Conselhos Regionais de Medicina a criação de Comissão de Ética em todos os estabelecimentos ou entidades em que se exerce a medicina nas respectivas jurisdições.

É importante ressaltar que as Comissões de Ética Médica não possuem competência para realizar julgamento, nem estabelecer penalidades nas questões éticas. A Comissão de Ética Médica, ao receber denúncia ou tomar conhecimento de eventual infração ética, deverá instaurar uma sindicância para apuração dos fatos por meio de audiência, devendo lavrar os depoimentos dos denunciantes, dos denunciados e das testemunhas arroladas ou envolvidas, bem como a juntada das provas. Uma vez constatado o indício de infração ao Código de Ética Médica, deverá encaminhá-la ao Conselho Regional de Medicina. Cópia de toda esta documentação deverá ser mantida arquivada.

As Comissões de Ética Médica têm papel importante no sentido preventivo com relação ao erro médico, o que poderá ser feito promovendo cursos, palestras, simpósios em educação continuada, contando com o apoio do Cremers nessas atividades.

As normas de organização e funcionamento das Comissões de Ética Médica são estabelecidas na Resolução CFM 2.152/16 que a seguir é transcrita, bem como pareceres que em muito auxiliam os membros das Comissões e demais médicos das instituições.

RESOLUÇÃO CFM 2.152/16

(D.O.U. 10/11/16, Seção I, p.566)

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

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a Lei 3.268/57, referente a competência dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina de zelar e trabalhar por todos os meios aos seus alcances pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

CONSIDERANDO a necessidade de, entre outras finalidades, descentralizar os procedimentos relativos à apuração de possíveis infrações éticas;

CONSIDERANDO que os integrantes das Comissões de Ética Médica eleitos na forma estabelecida nesta Resolução devem desempenhar suas funções em caráter honorífico e prestar serviço de relevância aos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO a necessidade de padronizar os critérios de criação, eleição, competência, funcionamento e organização das Comissões de Ética Médica em todo o território nacional;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária de 30 de setembro de 2016;

RESOLVE:

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

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

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

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

Art. 3º Revoga-se a Resolução CFM 1.657/02 e todas as disposições em contrário.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

REGULAMENTO DAS COMISSÕES DE ÉTICA

Capítulo I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas sob cuja égide se exerça a Medicina, em todo o território nacional, devem possuir Comissão de Ética Médica, devidamente registrada nos Conselhos Regionais de Medicina, formada por médicos eleitos, integrantes do corpo clínico.

Art. 2º As Comissões de Ética Médica são órgãos de apoio aos trabalhos dos Conselhos Regionais de Medicina dentro das instituições de assistência à saúde, possuindo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina.

§ 1º As Comissões de Ética Médica devem possuir autonomia em relação à atividade administrativa e diretiva da instituição onde atua, cabendo ao diretor técnico prover as condições de seu funcionamento, tempo suficiente e materialidade necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos.

§ 2º Os atos da Comissão de Ética Médica são restritos ao corpo clínico da instituição a qual está vinculado o seu registro.

§ 3º As Comissões de Ética Médica são subordinadas e vinculadas aos respectivos Conselhos Regionais de Medicina.

Capítulo II
DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DAS COMISSÕES DE ÉTICA MÉDICA

Art. 3º As Comissões de Ética Médica serão instaladas nas instituições mediante aos seguintes critérios de proporcionalidade:

a) Nas instituições com até 30 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética Médica, cabendo ao diretor clínico, se houver, ou ao diretor técnico, encaminhar as demandas éticas ao Conselho Regional de Medicina;

b) Na instituição que possuir de trinta e um a novecentos e noventa e nove médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por no mínimo três membros efetivos e igual número de suplentes;

c) Na instituição que possuir um número igual ou superior a mil médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por no mínimo cinco membros efetivos e igual número de suplentes.

§ 1º No âmbito das instituições de saúde que contarem com menos de trinta médicos, a composição de Comissão de Ética Médica é facultativa e deverá ser aprovada pelo Conselho Regional de Medicina.

§ 2º As instituições de saúde vinculadas a uma mesma entidade mantenedora com o mesmo corpo clínico, ou ao mesmo órgão de saúde pública, poderão constituir uma única Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se as disposições acima quanto à proporcionalidade e garantindo-se a ampla participação do conjunto de médicos que compõem os respectivos corpos clínicos.

Art. 4º As Comissões de Ética Médica serão compostas por um presidente, um Secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Parágrafo único. O presidente e o Secretário serão eleitos dentre os membros efetivos, na primeira reunião da Comissão.

Capítulo III
DAS COMPETÊNCIAS

Seção I
DA COMPETÊNCIA DAS COMISSÕES DE ÉTICA MÉDICA

Art. 5º Competeàs Comissões de Ética Médica, no âmbito da instituição a que se encontra vinculada:

a) Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;

b) Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;

c) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;

d) Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

e) Orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica;

Seção II
DO PROCESSO ELEITORAL

Art. 13. O diretor clínico da instituição designará uma comissão eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Os integrantes da comissão eleitoral e membros de cargos diretivos da instituição não podem ser candidatos à Comissão de Ética Médica.

Art. 14. A comissão eleitoral convocará a eleição, por intermédio de edital a ser divulgado na instituição de saúde, trinta dias antes da data fixada para a eleição e validará e publicará a lista dos votantes do corpo clínico.

Parágrafo único. O edital deverá conter as informações necessárias ao desenvolvimento do processo eleitoral, com as regras específicas a serem observadas durante o pleito.

Art. 15. A candidatura deverá ser formalizada perante a comissão eleitoral, com a antecedência mínima de quinze dias da data da eleição, por intermédio de chapas, de acordo com a regra de proporcionalidade prevista no art. 3º desta Resolução.

§ 1º No momento da inscrição, a chapa designará um representante para acompanhar os trabalhos da comissão eleitoral e fiscalizar o processo de eleição.

§ 2º O requerimento de inscrição deverá ser subscrito por todos os candidatos que compõem a chapa.

Art. 16. A comissão eleitoral divulgará, no âmbito da instituição de saúde, as chapas inscritas, de acordo com o número de registro, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 17. A comissão eleitoral procederá à apuração dos votos imediatamente após o encerramento da votação, podendo ser acompanhada pelo representante das chapas e demais interessados, a critério da comissão eleitoral.

Parágrafo único. Será considerada eleita a chapa que obtiver maioria simples dos votos apurados.

Art. 18. O resultado da eleição será lavrado em ata pela comissão eleitoral, que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação e registro.

Art. 19. Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo de dois dias após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à comissão eleitoral e, em segunda instância, ao Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição.

Art. 20. Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. O Conselho Regional de Medicina emitirá certificado de eleição, com a composição da Comissão de Ética Médica, que deverá ser afixado na instituição de saúde, em local visível ao público.

Art. 21. Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, o presidente da Comissão de Ética Médica procederá à convocação do suplente, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo comunicar imediatamente ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

§ 1º Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do corpo clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao presidente comunicar imediatamente ao respectivo Conselho Regional de Medicina.

§ 2º Sobrevindo condenação ético-profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da Comissão de Ética Médica, este deverá imediatamente ser afastado pelo Conselho Regional de Medicina.

Art. 22. Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, dentre os membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Parágrafo único. Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética Médica, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos até que a nova eleição oficial seja realizada, que poderá ser por candidatura individual.

Capítulo V
DO FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Seção I
DAS REUNIÕES ORDINÁRIAS E EXTRAORDINÁRIAS

Art. 23. A Comissão de Ética Médica se reunirá ordinariamente bimestralmente, e, extraordinariamente, quantas vezes necessárias para o bom andamento dos trabalhos.

Parágrafo único. O calendário de reuniões deverá ser afixado em local de acesso aos médicos do corpo clínico.

Art. 24. Os atos administrativos da Comissão de Ética Médica terão caráter sigiloso, exceto quando se tratar de atividade didático-pedagógica no âmbito da instituição de saúde.

Art. 25. As deliberações da Comissão de Ética Médica dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto qualificado em caso de empate.

Seção II
DA APURAÇÃO INTERNA

Art. 26. A apuração interna será instaurada mediante:

a) denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

b) *ex officio*, por intermédio de despacho do presidente da Comissão de Ética Médica;

Parágrafo único. Instaurada a apuração, o presidente da Comissão de Ética Médica deverá informar imediatamente ao respectivo Conselho Regional de Medicina para protocolo e acompanhamento dos trabalhos.

Art. 27. As apurações internas deverão ser realizadas pelo membro da Comissão designado, sem excesso de formalismo, tendo por objetivo a apuração dos fatos no local em que ocorreram.

Art. 28. Instaurada a apuração interna, os envolvidos serão informados dos fatos e, se for o caso, convocados mediante ofício para prestar esclarecimentos em audiência ou por escrito, no prazo de quinze dias contados da juntada aos autos do comprovante de recebimento.

Parágrafo único. A apuração interna no âmbito da Comissão de Ética Médica, por se tratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa.

Art. 29. A apuração interna deverá ter a forma de autos judiciais, com as folhas devidamente numeradas e rubricadas, ordenadas cronologicamente.

Parágrafo único. O acesso aos autos é permitido apenas às partes, aos membros da Comissão de Ética Médica e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 30. Encerrada a apuração dos fatos, será lavrado termo de encerramento dos trabalhos e serão encaminhados os autos ao presidente da Comissão de Ética Médica, que poderá sugerir o seu arquivamento ou encaminhá-los ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. O presidente da Comissão de Ética Médica poderá colocar os autos para apreciação dos demais membros que, em votação simples, poderão deliberar pela realização de novos atos instrutórios.

Art. 31. Todos os documentos obtidos e relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam ser úteis ao deslinde dos fatos, deverão ser encartados aos autos de apuração, quando do seu envio ao respectivo Conselho Regional de Medicina.

Art. 32. Se houver denúncia envolvendo algum membro da Comissão de Ética Médica, este deverá abster-se de atuar na apuração dos fatos denunciados, devendo o presidente da comissão remeter os autos diretamente ao Conselho Regional de Medicina para as providências cabíveis.

Art. 33. A Comissão de Ética Médica não poderá emitir nenhum juízo de valor a respeito dos fatos que apurar.

§ 1º O Conselho Regional de Medicina não está subordinado a nenhum ato da Comissão de Ética Médica, podendo refazê-los, reformá-los ou anulá-los se necessário à apuração dos fatos, nos termos da Lei.

§ 2º A atuação da Comissão de Ética Médica é de extrema valia à apuração das infrações éticas, não significando, entretanto, qualquer derrogação, sub-rogação ou delegação das funções legais dos Conselhos Regionais de Medicina.

Capítulo VI
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 34. Os médicos envolvidos nos fatos a serem apurados, convocados nas apurações internas que deliberadamente se recusarem a prestar esclarecimentos à Comissão de Ética Médica, ficarão sujeitos a procedimento administrativo no âmbito do respectivo Conselho Regional de Medicina, conforme preconiza o art. 17 do Código de Ética Médica.

Art. 35. As normas referentes às eleições e mandatos das Comissões de Ética Médica somente produzirão seus efeitos a partir das próximas eleições, na forma do art. 7º desta Resolução.

Parágrafo único. As demais regras entram em vigor em caráter imediato, principalmente no que se refere à tramitação das apurações internas.

Art. 36. Os Conselhos Regionais de Medicina deverão fornecer todo o apoio necessário às Comissões de Ética Médica, tanto estimulando a participação do corpo clínico no processo eleitoral, quanto no respaldo à sua autonomia perante a instituição de saúde a qual se encontra vinculada.

Art. 37. O presidente da Comissão de Ética Médica deverá fornecer ao Conselho Regional de Medicina relatório sobre as atividades realizadas, a cada seis meses ou quando solicitado.

Art. 38. Os casos omissos serão decididos pelo respectivo Conselho Regional de Medicina.

Art. 39. A presente Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM 1.657 de 11 de dezembro de 2002.

PARECER CREMERS 115/97

Comissão de Ética. Se um de seus membros estiver envolvido em uma queixa, deverá ser substituído por um médico integrante do Corpo Clínico, designado especificamente para participar dos trabalhos referentes à realização de sindicância.

Na hipótese de um dos membros da Comissão de Ética estar envolvido em uma queixa, deverá o presidente da Comissão de Ética designar outro integrante do Corpo Clínico para substituir o médico envolvido, especificamente para participar de realização de sindicância referente aos fatos da queixa em questão, tendo em vista o impedimento do médico acusado de participar daquela sindicância.

Se um dos membros da Comissão de Ética pedir afastamento em caráter definitivo, deve o fato ser comunicado ao diretor clínico, para que este proceda a eleição com o objetivo de escolher o profissional que irá substituir o membro da Comissão de Ética que requereu afastamento, nos termos do Regimento Interno do Corpo Clínico. Se o afastamento for motivado por impedimento de participar de eventual sindicância, a Comissão de Ética designará outro profissional do Corpo Clínico para substituir o integrante da referida Comissão que estaria impedido, por algum motivo relevante, de participar dos trabalhos.

Capítulo 8

Fiscalização

Primeira demonstração pública do uso da anestesia com êxito no Hospital Geral de Massachusetts, em 16 de outubro de 1846

Capítulo 8

Fiscalização

"A Comissão de Fiscalização tem a função de avaliar o exercício profissional do médico e as condições de trabalho nos múltiplos locais de assistência médica."

É uma das funções mais importantes do Cremers. O Conselho Federal de Medicina elaborou um manual que é adotado em todos os Conselhos Regionais de Medicina. Os Médicos fiscais atuam no Estado, sob a coordenação de um conselheiro Eleito.

A Comissão de Fiscalização tem a função de avaliar o exercício profissional do médico e as condições de trabalho nos múltiplos locais de assistência médica.

O registro correto das empresas prestadoras de assistência médica, no Cremers, é uma das principais atribuições.

Para desenvolver o trabalho de fiscalização é necessário seguir o *"Manual de Fiscalização e Roteiros de Vistorias"*, constituído pro vinte e cinco roteiros, conforme resoluções CFM, como segue:

- Hospital Geral
- Maternidade
- Pronto-Socorro/Pronto-Atendimento
- Unidade de Terapia Intensiva
- Anestesiologia
- Controle de Infecção Hospitalar
- Hospital Psiquiátrico
- Serviço de Hemoterapia
- Serviço de Nefrologia
- Clínica de Imagem e Medicina Nuclear
- Radioterapia
- Oncologia Clínica
- Consultório Médico
- Clínica Médica Especializada
- Clínica de Vacinação
- Ambulatório de Empresa
- Posto de Saúde – Unidade Básica de Saúde
- Unidade Móvel de Transporte e Atendimento
- Laboratório de Análises Clínicas
- Banco de Olhos
- Instituto Médico-Legal
- Clínica de Estética e Similares
- Clínica de Idosos e Similares
- Operadora de Planos de Saúde

Os roteiros listados foram elaborados com ênfase nas seguintes áreas:

SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES

- Identificação, natureza
- Referência e contrarreferência
- Comissões e estrutura gerencial
- Unidade assistencial
- Pronto-socorro e pronto-atendimento
- Ambulatório
- Centro cirúrgico e centro obstétrico
- Serviço de anestesiologia
- Unidade de terapia intensiva

- Recursos humanos
- Dados de produção
- Publicidade

SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

- Laboratório
- Serviço de diagnóstico por Imagem
- Métodos gráficos
- Serviço de hemoterapia
- Serviço de nefrologia
- Medicina nuclear
- Radioterapia
- Oncologia clínica

SERVIÇOS DE APOIO TÉCNICO

- Centro de esterilização de material
- Farmácia/serviço de arquivo médico e estatístico
- Unidade de nutrição e dietética
- Lavanderia
- Higiene
- Segurança

OUTROS SERVIÇOS

- Instituto médico-legal
- Clínica de embalsamamento, formolização e cosmetologia
- Clínica de estética e similares
- Clínica de idosos e similares

RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES PARA A VISTORIA

- Realizar, sempre que possível, as atividades de fiscalização com mais de um profissional médico.
- Estabelecer ações conjuntas, quando necessárias, com as autoridades sanitárias locais, Conselhos de Saúde, outros Conselhos de profissão regulamentada, Ministério Público e Judiciário.
- Elaborar relatório pormenorizado após vistoria, de acordo com as orientações constantes no protocolo.
- Realizar cuidadosa análise do estabelecimento, avaliando suas reais condições de funcionamento, utilizando os indicadores normalmente aplicáveis a cada caso.
- Relacionar no Roteiro de Vistorias as irregularidades encontradas no estabelecimento e, juntamente com a cópia do Relatório de Fiscalização, repassá-lo aos responsáveis técnicos pelo local vistoriado, a fim de que tomem as providências para saná-las (deve-se fixar prazo para o saneamento das irregularidades existentes, se estas não impedirem o funcionamento do estabelecimento), sem prejuízo das medidas eventualmente cabíveis.
- Tomar providências imediatas se as irregularidades encontradas comprometerem sobremaneira as condições de funcionamento do estabelecimento ou colocarem em risco a saúde dos pacientes ou da população.
- Realizar, sempre que possível, um levantamento de todos os expedientes e registros que estiverem em trâmite no Conselho a respeito do estabelecimento objeto da vistoria.
- Realizar documentação fotográfica das vistorias, sempre que possível.
- Se o serviço fiscalizado fizer uso de publicidade, verificar se ela está em conformidade com as normas emanadas pela Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame).

RESOLUÇÃO CFM 2.056/13

(D.O.U. 12/11/13, Seção I, p. 162-3)
(Nova redação do Anexo II aprovada pela Resolução CFM 2.073/14)

Disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos. Trata também dos roteiros de anamnese a serem adotados em todo o Brasil, inclusive nos estabelecimentos de ensino médico, bem como os roteiros para perícias médicas e a organização do prontuário de pacientes assistidos em ambientes de trabalho dos médicos.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o art. 28 do Decreto 20.931, de 11 de janeiro de 1932, dispõe que nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica, pública ou privada, poderá funcionar em qualquer ponto do território nacional sem ter um diretor técnico habilitado para o exercício da Medicina nos termos do regulamento sanitário federal;

CONSIDERANDO que de acordo com o art. 15, letra "c" da Lei 3.268/57, os Conselhos Regionais de Medicina são incumbidos da fiscalização do exercício da profissão médica;

CONSIDERANDO que o art. 12 do Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, deixa claro que as pessoas jurídicas de prestação de assistência médica estão sob a ação disciplinar dos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO que a Lei 6.839, de 30 de outubro de 1980, dispõe sobre o registro de empresas nas entidades fiscalizadoras do exercício das profissões;

CONSIDERANDO que todos os serviços cuja atividade básica ou em relação àquela pela qual prestem serviços a terceiros seja exercida por médico legalmente capacitado e devem ser fiscalizados pelos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO que a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei

Orgânica da Saúde), atribui aos órgãos de fiscalização do exercício profissional, juntamente com a União, estados,Distrito Federal e municípios, as competências de definir e controlar os padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

CONSIDERANDO o art. 7º da Lei 12.842/13, que atribui ao "Conselho Federal de Medicina editar normas para definir o caráter experimental de procedimentos em Medicina, autorizando ou vedando a sua prática pelos médicos";

CONSIDERANDO que a Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade;

CONSIDERANDO que o prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar a fiscalização do exercício da Medicina e dos organismos de prestação de serviços médicos;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 20 de setembro de 2013,

RESOLVE:

Art. 1º Determinar aos Conselhos Regionais de Medicina que criem departamentos de Fiscalização da profissão de médico e de serviços médico-assistenciais.

Art. 2º Determinar aos Conselhos Regionais de Medicina que fiscalizem de forma regular, efetiva e direta, o exercício da profissão do médico e seus locais de trabalho, quer sejam públicos ou privados.

Art. 3º Determinar aos Conselhos Regionais de Medicina, para o perfeito exercício da ação fiscalizadora, que adotem medidas, quando necessárias, em conjunto com as autoridades sanitárias locais, Ministério Público, Poder Judiciário, conselhos de saúde e conselhos de profissão regulamentada.

Art. 4º Aprovar as normas e o Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil e seus roteiros de vistoria, anexos a esta resolução.

Art. 5º A presente resolução e seus anexos entrarão em vigor no prazo de cento e oitenta dias, contados a partir de sua publicação, quando será revogada a Resolução CFM 1.613/01, publicada no D.O.U. de 09 de março de 2001, Seção I, p. 167, e demais disposições em contrário.

RESOLUÇÃO CFM 2.073/14

(D.O.U. 11/04/14, Seção I, p. 154)

Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM 2.056/13, que disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos. Trata também dos roteiros de anamnese a serem adotados em todo o Brasil, inclusive nos estabelecimentos de ensino médico, bem como os roteiros para perícias médicas e a organização do prontuário de pacientes assistidos em ambientes de trabalho dos médicos.

O Conselho Federal de Medicina**,** no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei 11.000, de 15 de dezembro de2004, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que a Resolução CFM 2.056/13 entra em vigor na data de 12 de maio de 2014;

CONSIDERANDO que o trabalho de fiscalização está sendo construído com um novo aplicativo e software para tornar ágeis as fiscalizações e permitir que dados estatísticos possam ser aferidos a cada ano, com o fito de garantir que os serviços médicos de qualquer natureza estejam sempre dentro de um padrão que garanta segurança na assistência ao povo brasileiro;

CONSIDERANDO que este trabalho é absolutamente inovador e também permitirá, com agilidade, responder a demandas da fiscalização ou judiciais, bem como possibilitar revisões sistemáticas dos ambientes médicos;

CONSIDERANDO, ainda, que como todo trabalho humano deverá estar aberto a modificações a partir de sugestões oriundas dos Conselhos Regionais, quando de sua implantação;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 28 de março de 2014,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar a nova redação dos roteiros de vistoria constantes no Anexo II e Anexos dos Grupos 1, 2, 3 e 4 da Resolução CFM 2.056/13, publicada no D.O.U. de 12 novembro 2013, Seção I, p. 162.

Art. 2º Revogam-se todas as disposições em contrário.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de 12 de maio de 2014, quando passará a vigorar a Resolução CFM 2.056/13.

Capítulo 9

Codame

Pessoas aguardando a entrada no posto de socorro – Sir Luke Fildes – 1874

Capítulo 9

Codame

"Sua publicidade deve obedecer a Resolução CFM 1.974/11. Havendo dúvidas faça uma consulta ao Cremers. A Codame vai orientá-lo quanto a sua divulgação."

A Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame) do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul tem por finalidades supervisionar toda a forma de divulgação, pelos atuais meios de comunicação, individual ou coletiva, por estabelecimento de saúde, por órgão governamental ou privado.

A Codame orienta os médicos quanto à divulgação, junto ao público, de toda a matéria que eventualmente os envolva, relacionada com a área da saúde, evitando a propaganda pessoal ou a exposição de seus pacientes.

Incentiva que a população seja devidamente integrada em campanhas educativas, sendo informada a respeito dos avanços científicos, auxiliando o médico na luta contra as doenças.

Estimular a propagação dos conhecimentos, em forma de cultura geral, assegurando aos médicos a arte de escrever sobre medicina e suas atividades literárias em jornais ou revistas fora da órbita da profissão.

A Comissão trabalha para manter sempre o decoro da profissão quando de entrevistas ou publicação de artigos versando sobre matéria médica.

RESOLUÇÃO CFM 1.974/11
(D.O.U. 19/08/11, 160, Seção I, p.241-4)
(Alterada pela Resolução CFM 2.126/15)
(Alterada pela Resolução CFM 2.133/15)

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

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e,

CONSIDERANDO que cabe ao Conselho Federal de Medicina trabalhar por todos os meios ao seu alcance e zelar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente;

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

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

CONSIDERANDO que os anúncios médicos deverão obedecer à legislação vigente;

CONSIDERANDO o Decreto-Lei 20.931/32, o Decreto-Lei 4.113/42, o disposto no Código de Ética Médica e, notadamente, o art. 20 da Lei 3.268/57, que determina: *"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".*

CONSIDERANDO que a publicidade médica deve obedecer exclusivamente a princípios éticos de orientação educativa, não sendo comparável à publicidade de produtos e práticas meramente comerciais (Capítulo XIII, arts. 111 a 118 do Código de Ética Médica);

CONSIDERANDO que o atendimento a esses princípios é inquestionável pré-requisito para o estabelecimento de regras éticas de con-

corrência entre médicos, serviços, clínicas, hospitais e demais empresas registradas nos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO ainda que os entes sindicais e associativos médicos estão sujeitos a este mesmo regramento quando da veiculação de publicidade ou propaganda;

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

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária de 14 de julho de 2011,

RESOLVE:

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

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

a) Nome do profissional;

b) Especialidade e/ou área de atuação, quando registrada no Conselho Regional de Medicina;

c) Número da inscrição no Conselho Regional de Medicina;

d) Número de registro de qualificação de especialista (RQE), se o for.

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

Art. 3º É vedado ao médico:

a) Anunciar, quando não especialista, que trata de sistemas orgânicos, órgãos ou doenças específicas, por induzir a confusão com divulgação de especialidade;

b) Anunciar aparelhagem de forma a lhe atribuir capacidade privilegiada;

c) Participar de anúncios de empresas comerciais ou de seus produtos, qualquer que seja sua natureza, dispositivo este que alcança, inclusive, as entidades médicas sindicais ou associativas; (alterado pela Resolução CFM 2.126/15)

d) Permitir que seu nome seja incluído em propaganda enganosa de qualquer natureza;

e) Permitir que seu nome circule em qualquer mídia, inclusive na internet, em matérias desprovidas de rigor científico;

f) Fazer propaganda de método ou técnica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina como válido para a prática médica; (alterado pela Resolução CFM 2.126/15)

g) Expor a figura de seu paciente como forma de divulgar técnica, método ou resultado de tratamento, ainda que com autorização expressa do mesmo, ressalvado o disposto no art. 10 desta resolução;

h) Anunciar a utilização de técnicas exclusivas;

i) Oferecer seus serviços por meio de consórcio e similares;

j) Oferecer consultoria a pacientes e familiares como substituição da consulta médica presencial;

k) Garantir, prometer ou insinuar bons resultados do tratamento.

l) Fica expressamente vetado o anúncio de pós-graduação realizada para a capacitação pedagógica em especialidades médicas e suas áreas de atuação, mesmo que em instituições oficiais ou por estas credenciadas, exceto quando estiver relacionado à especialidade e área de atuação registrada no Conselho de Medicina.

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

Parágrafo único. Pode também anunciar os cursos e atualizações realizados, desde que relacionados à sua especialidade ou área de atuação devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina.

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

§ 1º Pelos anúncios dos estabelecimentos de hospitalização e assistência médica, planos de saúde, seguradoras e afins respondem, perante o Conselho Regional de Medicina, os seus diretores técnicos médicos.

§ 2º Os diretores técnicos médicos, os chefes de clínica e os médicos em geral estão obrigados a adotar, para cumprir o mandamento do *caput*, as regras contidas no Manual da Codame, anexo.

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

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

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

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

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

a) Angariar clientela;

b) Fazer concorrência desleal;

c) Pleitear exclusividade de métodos diagnósticos e terapêuticos;

d) Auferir lucros de qualquer espécie;

e) Permitir a divulgação de endereço e telefone de consultório, clínica ou serviço.

§ 2º Entende-se por sensacionalismo:

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

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

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

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

e) A veiculação pública de informações que possam causar intranquilidade, pânico ou medo à sociedade;

f) Usar de forma abusiva, enganosa ou sedutora representações vi-

suais e informações que possam induzir a promessas de resultados.

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

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

§ 1º Os documentos médicos poderão ser divulgados por intermédio do Conselho Regional de Medicina, quando o médico assim achar conveniente.

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

Art. 12. O médico não deve permitir que seu nome seja incluído em concursos ou similares, cuja finalidade seja escolher o "médico do ano", "destaque", "melhor médico" ou outras denominações que visam ao objetivo promocional ou de propaganda, individual ou coletivo.

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

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

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

§ 3º É vedado ao médico e aos estabelecimentos de assistência médica a publicação de imagens do "antes e depois" de procedimentos, conforme previsto na alínea "g" do art. 3º da Resolução CFM 1.974/11.

§ 4º A publicação por pacientes ou terceiros, de modo reiterado e/ou sistemático, de imagens mostrando o "antes e depois" ou de elogios a técnicas e resultados de procedimentos nas mídias sociais deve ser investigada pelos Conselhos Regionais de Medicina. (alterado pela Resolução CFM 2.126/15)

Art. 14. Os Conselhos Regionais de Medicina manterão, conforme os seus Regimentos Internos, uma Comissão de Divulgação de Assuntos

Médicos (Codame) composta, minimamente, por três membros.

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

a) Responder a consultas ao Conselho Regional de Medicina a respeito de publicidade de assuntos médicos;

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

c) Propor instauração de sindicância nos casos de inequívoco potencial de infração ao Código de Ética Médica;

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

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

Art. 16. A presente resolução e o Manual da Codame entrarão em vigor no prazo de cento e oitenta dias, a partir de sua publicação, quando será revogada a Resolução CFM 1.701/03, publicada no D.O.U.187, seção I, páginas 171-172, em 26 de setembro de 2003 e demais disposições em contrário.

ANEXO I – RESOLUÇÃO CFM 1.974/11
CRITÉRIOS GERAIS DE PUBLICIDADE E PROPAGANDA

DE PROFISSIONAL INDIVIDUAL

A propaganda ou publicidade médica deve cumprir os seguintes requisitos gerais, sem prejuízo do que, particularmente, se estabeleça para determinadas situações, sendo exigido constar as seguintes informações em todas as peças publicitárias e papelaria produzidas pelo estabelecimento:

I -nome completo do médico;

II - registro do médico junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM), contemplando a numeração e o estado relativo;

III - nome da(s) especialidade(s) para a(s) qual(is) o médico se encontra formalmente habilitado

IV - (no máximo duas), se considerado pertinente;

V - o número de registro de qualificação de especialista (RQE), se o for.

DE EMPRESA/ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS MÉDICOS PARTICULARES

A propaganda ou publicidade médica deve cumprir os seguintes requisitos gerais, sem prejuízo do que, particularmente, se estabeleça para determinadas situações, sendo exigido constar as seguintes informações em todas as peças publicitárias e papelaria produzidas pelo estabelecimento:

I - nome completo do médico no cargo de diretor técnico médico;

II - registro do profissional junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM), contemplando a numeração e o estado relativo;

III - nome do cargo para o qual o médico está oficialmente investido;

IV - o número de registro de qualificação de especialista (RQE), se o for.

DE SERVIÇOS MÉDICOS OFERECIDOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A propaganda ou publicidade médica deve cumprir os seguintes requisitos gerais, sem prejuízo do que, particularmente, se estabeleça para determinadas situações, sendo exigido constar as seguintes informações em todas as peças publicitárias e papelaria produzidas pelo estabelecimento:

I - nome completo do médico no cargo de diretor técnico médico da unidade mencionada;

II - registro do médico junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM), contemplando a numeração e o estado relativo;

III - nome do cargo para o qual o médico está oficialmente investido;

IV - o número de registro de qualificação de especialista (RQE), se o for.

As especificações técnicas para a inserção dos dados supracitados nas peças publicitárias em todas as mídias e na papelaria produzida (individual ou institucional, no caso de serviços públicos ou privados de saúde) estarão detalhadas a seguir.

CRITÉRIOS ESPECÍFICOS PARA ANÚNCIOS PUBLICITÁRIOS E DE PROPAGANDA

Nos anúncios veiculados pela mídia impressa (jornais, revistas, boletins etc.), em peças publicitárias (cartazes, *folders*, postais, folhetos, panfletos, *outdoors*, *busdoors*, *frontlights*, *backlights*, totens, *banners* etc.), e em peças de mobiliário urbano (letreiros, placas, instalações etc.) devem ser inseridos os dados de identificação do médico (se consultório particular) ou do diretor técnico médico (se estabelecimento/serviço de saúde) de forma a causar o mesmo impacto visual que as demais informações presentes na peça publicitária. Contudo, devem ser observados os seguintes critérios:

I - os dados de identificação do médico (se consultório particular) ou do diretor-técnico médico (se estabelecimento/serviço de saúde) devem estar em local de destaque (ao lado da logomarca e das informações de identificação do estabelecimento/serviço de saúde), permitindo com facilidade sua leitura por observarem a perfeita legibilidade e visibilidade;

II - os dados devem ser apresentados em sentido de leitura da esquerda para a direita, sobre fundo neutro, sendo que a tipologia utilizada deverá apresentar dimensão equivalente a, no mínimo, trinta e cinco por cento do tamanho do maior corpo empregado no referido anúncio ou peça;

III - nas peças, os dados do médico devem ser inseridos em retângulo de fundo branco, emoldurado por filete interno, em letras de cor preta ou que permita contraste adequado à leitura;

IV - é possível o uso de variações cromáticas na inserção dos dados, desde que mantidos os cuidados para a correta identificação dos mesmos, sem prejuízos de leitura ou visibilidade;

V - a versão monocromática só pode ser usada nos casos em que não haja opção para uso de mais de uma cor, optando-se pelo preto ou branco ou outra cor padrão predominante;

VI - as proporções dos dados inseridos devem ser observadas com critério para assegurar sua leitura e identificação, que são imprescindíveis ao trato ético em atividades relacionadas à publicidade, propaganda e divulgação médicas;

VII - para que outros elementos não se confundam com os dados de identificação do médico, os mesmos devem ser mantidos numa área, dentro da peça, que permita sua correta leitura e percepção. Deve-se observar o campo de proteção e reserva, conforme exemplificado ao lado;

VIII - utilizando como referência o espaço mantido entre a primeira e a segunda linha nas quais os dados foram inseridos ou entre a primeira e a segunda letra da primeira palavra, nenhum elemento gráfico ou de texto deve invadir essa área; e os dados devem ser mantidos no interior de uma área de respiro;

IX - para preservar a legibilidade dos dados do médico nos mais diversos meios de reprodução, deve-se observar a correta percepção dos mesmos com relação ao contraste de fundo sobre o qual estão aplicados. Sobre cores claras e/ou neutras, a versão preferencial mostra-se, em positivo, eficiente. Sobre cores escuras e/ou vívidas, optar pela versão em negativo dos dados. Sobre fundos ruidosos e imagens, usar a versão com módulo de proteção;

X - para aplicação dos dados sobre fundos em tons de cinza e preto, deve-se observar a escala ao lado. Até trinta por cento de *benday* pode-se optar pela versão preferencial. A partir de quarenta por cento, pela versão em negativo do logotipo;

XI - a fim de preservar a boa leitura e visibilidade dos dados essenciais do médico, devem ser criteriosamente observadas sua integridade e consistência visual, evitando-se alterações ou interferências que gerem confusão ou visualização e/ou compreensão inadequadas;

CRITÉRIOS ESPECÍFICOS PARA MATERIAL IMPRESSO DE CARÁTER INSTITUCIONAL (RECEITUÁRIOS, FORMULÁRIOS, GUIAS, ETC.)

Em material impresso, de caráter institucional, usado para encaminhamentos clínicos ou administrativos, devem ser observados os seguintes critérios:

I - os dados de identificação do diretor técnico médico (se estabelecimento/serviço de saúde) devem constar em local de destaque na peça;

II - os dados devem vir ao lado ou abaixo da logomarca e das informações de identificação do estabelecimento/serviço de saúde, permitindo com facilidade sua leitura por observarem perfeita legibilidade e visibilidade;

III - os dados devem ser apresentados no sentido de leitura da esquerda para a direita, sobre fundo neutro, sendo que a tipologia utilizada deverá apresentar dimensão equivalente a, no mínimo, trinta e cinco por cento do tamanho do maior corpo empregado no referido anúncio;

IV - nas peças, os dados do médico devem ser inseridos em retângulo de fundo branco, emoldurado por filete interno, em letras de cor preta ou que permita contraste adequado à leitura;

V - no caso dos estabelecimentos/serviços de saúde, a inclusão dos dados do diretor técnico médico não elimina a necessidade de citar em campo específico o nome e CRM do médico responsável pelo atendimento direto do paciente. Tal inclusão deve ocupar espaço de destaque no formulário e também observar critérios de visibilidade e legibilidade;

VI - os dados não necessariamente necessitam estar impressos, mas podem ser disponíveis por meio de carimbos.

VII - é possível o uso de variações cromáticas na inserção dos dados, desde que mantidos os cuidados para a correta identificação dos mesmos, sem prejuízos de leitura ou visibilidade.

VIII - a versão monocromática só pode ser usada em casos onde não haja opção para uso de mais de uma cor, optando-se pelo preto ou branco ou outra cor padrão predominante.

IX - as proporções dos dados inseridos devem ser observadas com critério para assegurar sua leitura e identificação, imprescindíveis ao trato ético em atividades relacionadas à publicidade, propaganda e divulgação médicas.

X - para que outros elementos não se confundam com os dados de identificação do médico, os mesmos devem ser mantidos numa área, dentro da peça, que permita sua correta leitura e percepção. Deve-se observar o campo de proteção e reserva, conforme exemplificado ao lado.

XI - utilizando como referência o espaço mantido entre a primeira e a segunda linha nas quais os dados foram inseridos ou entre a primeira e a segunda letra da primeira palavra, nenhum elemento gráfico ou de texto deve invadir essa área; e os dados devem ser mantidos no interior de uma área de respiro.

XII - para preservar a legibilidade dos dados do médico nos mais diversos meios de reprodução, deve-se observar a correta percepção dos mesmos com relação ao contraste de fundo sobre o qual estão aplicados. Sobre cores claras e/ou neutras, a versão preferencial mostra-se, em positivo, eficiente. Sobre cores escuras e/ou vívidas, optar pela versão em negativo dos dados. Sobre fundos ruidosos e imagens, usar a versão com módulo de proteção.

XIII - para aplicação dos dados sobre fundos em tons de cinza e preto, deve-se observar a escala ao lado. Até trinta por cento de benday pode-se optar pela versão preferencial. A partir de quarenta por cento, pela versão em negativo do logotipo.

XIV - a fim de preservar a boa leitura e visibilidade dos dados essenciais do profissional, devem ser criteriosamente observadas sua integridade e consistência visual, evitando-se alterações ou interferências que gerem confusão ou visualização e/ou compreensão inadequadas.

CRITÉRIOS ESPECÍFICOS PARA PUBLICIDADE E PROPAGANDA EM TV, RÁDIO E INTERNET

Nos anúncios veiculados por emissoras de rádio, TV e internet, a empresa responsável pelo veículo de comunicação, a partir da venda do espaço promocional, deve disponibilizar, à sociedade, as informações pertinentes ao médico e/ou diretor técnico médico, em se tratando de estabelecimento ou serviço de saúde;

A menção aos dados de identificação do médico/diretor técnico médico deve ser contextualizada na peça publicitária, de maneira que seja pronunciada pelo personagem/locutor principal; e quando veiculada no rádio ou na televisão, proferida pelo mesmo personagem/locutor.

Nos casos de mídia televisiva, radiofônica ou auditiva, a locução dos dados do médico deve ser cadenciada, pausada e perfeitamente audível.

Em peça veiculada pela televisão ou em formato de vídeo (mesmo que sobre plataforma *on-line*), devem ser observados os seguintes critérios:

I - após o término da mensagem publicitária, a identificação dos dados médicos (se consultório privado) ou do diretor técnico médico (se estabelecimento/serviço de saúde) devem ser exibidos em cartela única, com fundo azul, em letras brancas, de forma a permitir a perfeita legibilidade e visibilidade, permanecendo imóvel no vídeo, sendo que na mesma peça devem constar os dados de identificação da unidade de saúde em questão, quando for o caso.

II - a cartela obedecerá ao gabarito RTV de filmagem no tamanho padrão de trinta e seis e meio centímetros por vinte e sete centímetros;

III - as letras apostas na cartela serão da família tipográfica *Humanist 777 Bold* ou *Frutiger 55 Bold*, corpo 38, caixa alta.

Nas peças exibidas pela internet, os dados do médico ou do diretor técnico médico devem ser exibidos permanentemente e de forma visível, inseridos em retângulo de fundo branco, emoldurado por filete interno, em letras de cor preta, padrão *Humanist 777 Bold* ou *Frutiger 55 Bold*, caixa alta, respeitando a proporção de dois décimos do total do espaço da propaganda.

CRITÉRIOS PARA A RELAÇÃO DOS MÉDICOS COM A IMPRENSA (PROGRAMAS DE TV E RÁDIO, JORNAIS, REVISTAS), NO USO DAS REDES SOCIAIS E NA PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS (CONGRESSOS, CONFERÊNCIAS, FÓRUNS, SEMINÁRIOS ETC.)

A participação do médico na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deve se pautar pelo caráter exclusivo de esclarecimento e educação da sociedade, não cabendo ao mesmo agir de forma a estimular o sensacionalismo, a autopromoção ou a promoção de outro(s), sempre assegurando a divulgação de conteúdo cientificamente comprovado, válido, pertinente e de interesse público.

Ao conceder entrevistas, repassar informações à sociedade ou participar de eventos públicos, o médico deve anunciar de imediato possíveis conflitos de interesse que, porventura, possam comprometer o entendimento de suas colocações, vindo a causar distorções com graves consequências para a saúde individual ou coletiva. Nestas participações, o médico deve ser identificado com nome completo, registro profissional e a especialidade junto ao Conselho Regional de Medicina, bem como cargo, se diretor técnico médico responsável pelo estabelecimento.

Em suas aparições o médico deve primar pela correção ética nas relações de trabalho, sendo recomendado que não busque a conquista de novos clientes, a obtenção de lucros de qualquer espécie, o estimulo à concorrência desleal ou o pleito à exclusividade de métodos diagnósticos e terapêuticos. Essas ações não são toleradas, quer em proveito próprio ou de outro(s).

É vedado ao médico, na relação com a imprensa, na participação em eventos e em matéria jornalística nas redes sociais: (alterado pela Resolução CFM 2.133/15)

a) divulgar endereço e telefone de consultório, clínica ou serviço;

b) se identificar inadequadamente, quando nas entrevistas;

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

d) divulgar especialidade ou área de atuação não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina ou pela Comissão Mista de Especialidades;

e) anunciar títulos científicos que não possa comprovar e especialidade ou área de atuação para a qual não esteja qualificado e registrado no Conselho Regional de Medicina;

f) anunciar, quando não especialista, que trata de sistemas orgânicos, órgãos ou doenças específicas, com indução à confusão com divulgação de especialidade;

g) utilizar sua profissão e o reconhecimento ético, humano, técnico, político e científico que esta lhe traz para participar de anúncios institucionais ou empresariais, salvo quando esta participação for de interesse público;

h) adulterar dados estatísticos visando beneficiar-se individualmente ou à instituição que representa, integra ou o financia;

i) veicular publicamente informações que causem intranquilidade à sociedade, mesmo que comprovadas cientificamente. Nestes casos, deve protocolar em caráter de urgência o motivo de sua preocupação às autoridades competentes e aos Conselhos Federal ou Regional de Medicina de seu estado para os devidos encaminhamentos;

j) divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido cientificamente por órgão competente;

k) garantir, prometer ou insinuar bons resultados de tratamento sem comprovação científica;

l) anunciar aparelhagem ou utilização de técnicas exclusivas como forma de se atribuir capacidade privilegiada;

m) divulgar anúncios profissionais, institucionais ou empresariais de qualquer ordem e em qualquer meio de comunicação nos quais, se o nome do médico for citado, não esteja presente o número de inscrição no Conselho Regional de Medicina (observando as regras de formato constantes deste documento). Nos casos em que o profissional ocupe o cargo de diretor técnico médico, o exercício da função deve ser explicitado;

n) consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa ou a distância;

o) expor a figura de paciente como forma de divulgar técnica, método ou resultado de tratamento;

p) realizar e/ou participar de demonstrações técnicas de procedimentos, tratamentos e equipamentos de forma a valorizar domínio do seu uso ou estimular a procura por determinado serviço, em qualquer meio de divulgação, inclusive em entrevistas. As demonstrações e orientações devem acontecer apenas a título de exemplo de medidas de prevenção em saúde ou de promoção de hábitos saudáveis, com o intuito de esclarecimento do cidadão e de utilidade pública;

q) ofertar serviços por meio de consórcios ou similares, bem como de formas de pagamento ou de uso de cartões/cupons de desconto.

DAS PROIBIÇÕES GERAIS

De modo geral, na propaganda ou publicidade de serviços médicos e na exposição na imprensa ao médico ou aos serviços médicos é vedado:

I - usar expressões tais como "o melhor", "o mais eficiente", "o único capacitado", "resultado garantido" ou outras com o mesmo sentido;

II - sugerir que o serviço médico ou o médico citado é o único capaz de proporcionar o tratamento para o problema de saúde;

III - assegurar ao paciente ou a seus familiares a garantia de resultados;

IV - apresentar nome, imagem e/ou voz de pessoa leiga em medicina, cujas características sejam facilmente reconhecidas pelo público em razão de sua celebridade, afirmando ou sugerindo que ela utiliza os serviços do médico ou do estabelecimento de saúde ou recomendando seu uso;

IV - sugerir diagnósticos ou tratamentos de forma genérica, sem realizar consulta clínica individualizada e com base em parâmetros da ética médica e profissional;

V - usar linguagem direta ou indireta relacionando a realização de consulta ou de tratamento à melhora do desempenho físico, intelectual, emocional, sexual ou à beleza de uma pessoa;

VI - apresentar de forma abusiva, enganosa ou assustadora representações visuais das alterações do corpo humano causadas por doenças ou lesões; todo uso de imagem deve enfatizar apenas a assistência;

VII - apresentar de forma abusiva, enganosa ou sedutora representações visuais das alterações do corpo humano causadas por supostos tratamento ou submissão a tratamento; todo uso de imagem deve enfatizar apenas a assistência;

VIII – incluir mensagens, símbolos e imagens de qualquer natureza dirigidas a crianças ou adolescentes, conforme classificação do Estatuto da Criança e do Adolescente;

IX - fazer uso de peças de propaganda e/ou publicidade médica – independentemente da mídia utilizada para sua veiculação – nas quais se apresentem designações, símbolos, figuras, desenhos, imagens, slogans e quaisquer argumentos que sugiram garantia de resultados e percepção de êxito/sucesso pessoal do paciente atreladas ao uso dos serviços de determinado médico ou unidade de saúde;

X - fazer afirmações e citações ou exibir tabelas e ilustrações relacionadas a informações científicas que não tenham sido extraídas ou baseadas em estudos clínicos, veiculados em publicações científicas, preferencialmente com níveis de evidência I ou II;

XI - utilizar gráficos, quadros, tabelas e ilustrações para transmitir informações que não estejam assim representadas nos estudos científicos e não expressem com rigor sua veracidade;

XII - adotar gráficos, tabelas e ilustrações que não sejam verdadeiros, exatos, completos, não tendenciosos, e apresentá-los de forma a possibilitar o erro ou confusão ou induzir ao autodiagnóstico ou à autoprescrição;

XIII - anunciar especialidades para as quais não possui título certificado ou informar posse de equipamentos, conhecimentos, técnicas ou procedimentos terapêuticos que induzam à percepção de diferenciação;

XIV - divulgar preços de procedimentos, modalidades aceitas de pagamento/parcelamento ou eventuais concessões de descontos como forma de estabelecer diferencial na qualidade dos serviços;

XV - não declarar possível conflito de interesse ao se apresentar como palestrante/expositor em quaisquer eventos (simpósios, congressos, reuniões, conferências e assemelhados, públicos ou privados), sendo obrigatório explicitar o recebimento de patrocínios/subvenções de empresas ou governos, sejam parciais ou totais;

XVI - não informar potencial conflito de interesses aos organizadores dos congressos, com a devida indicação na programação oficial do evento e no início de sua palestra, bem como nos anais, quando estes existirem, no caso de médicos palestrantes de qualquer sessão científica que estabeleçam relações com laboratórios farmacêuticos ou tenham qualquer outro interesse financeiro ou comercial;

XVII - participar de campanha social sem ter como único objetivo informar ações de responsabilidade social do profissional ou do estabelecimento de saúde, não podendo haver menção a especialidades ou outras características próprias dos serviços pelos quais são conhecidos;

XVIII - fazer referência a ações ou campanhas de responsabilidade sociais às quais estão vinculados ou são apoiadores em peças de propaganda ou publicidade de médicos ou estabelecimentos de saúde.

Com relação ao uso da publicidade e propaganda, em diferentes mídias, estão disponíveis no Anexo 3 desta resolução os modelos que permitem a visualização do resultado decorrente da implementação de tais critérios, ressaltando-se, contudo, que os mesmos são apenas orientações e sugestões de adequação à norma. Os modelos mencionados, no Anexo 3, encontram-se disponíveis para consulta no sitio do Conselho Federal de Medicina: www.portalmedico.org.br.

Fica estabelecido o prazo de cento e oitenta dias, a contar da data de publicação deste regulamento, para que os médicos e empresas de serviços médicos se adéquem às suas disposições a respeito de propaganda, publicidade, informação e outras práticas cujo objetivo seja a divulgação ou promoção de atividades.

ANEXO II – RESOLUÇÃO CFM 1.974/11

Lista de documentos que devem observar os critérios explicitados nesta Resolução:

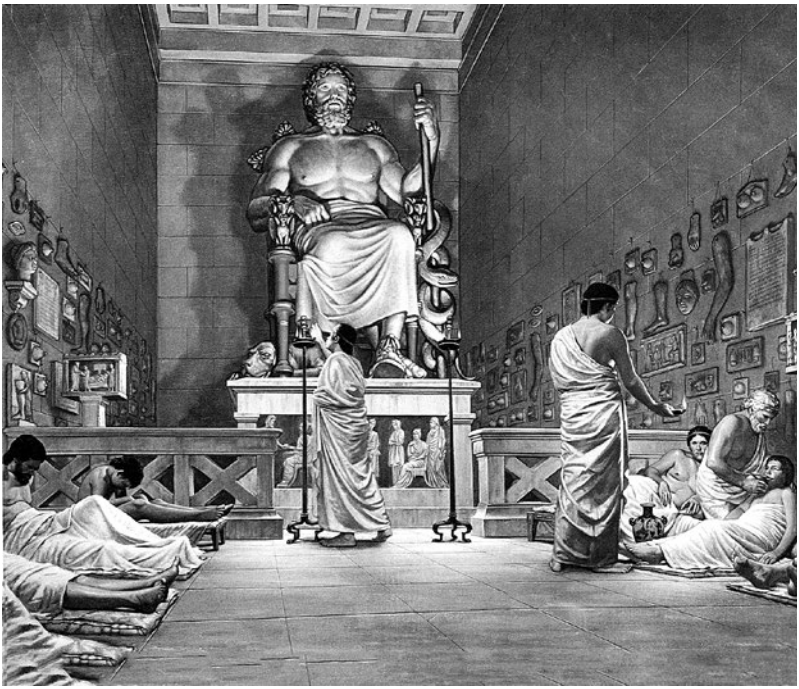
- Atestado
- Atestado de amputação
- Atestado médico
- Atestado médico para licença-maternidade
- Aviso de cirurgia
- Aviso de óbito
- Boletim de anestesia
- Boletim de atendimento
- Boletim de sala – material e medicamentos de sala
- Cartão da família
- Cartão de agendamento
- Cartão índice
- Cartão saúde
- Carteira da gestante
- Declaração de comparecimento
- Demonstrativo de atendimento
- Ficha ambulatorial de procedimento (FAP)
- Ficha clínica de pré-natal
- Ficha de internação ou atendimento
- Ficha de acompanhamento
- Ficha de acompanhamento de pacientes para remoção
- Ficha de acompanhamento do hipertenso e/ou diabético
- Ficha de anamnese/exame físico
- Ficha de anestesia
- Ficha de arrolamento de valores/pertences – paciente
- Ficha de assistência ao paciente no pré, trans e pós-operatório imediato
- Ficha de atendimento
- Ficha de atendimento – pré-natal

- Ficha de avaliação pré-anestésica
- Ficha de cadastramento de paciente
- Ficha de cadastro da família
- Ficha de cadastro da gestante
- Ficha de cadastro do hipertenso e/ou diabético
- Ficha de cadastro para fornecimento de preservativos
- Ficha de cadastro – Programa Remédio em Casa
- Ficha de cronograma de visita do agente comunitário de saúde (ACS)
- Ficha de encaminhamento hospitalar
- Ficha de evolução de morbidade
- Ficha de evolução de paciente
- Ficha de evolução médica
- Ficha de exame colposcópico
- Ficha de exame físico/evolução de enfermagem (clínica psiquiátrica)
- Ficha de exames de emergência
- Ficha de identificação de cadáver
- Ficha de identificação do paciente
- Ficha de identificação do recém-nascido
- Ficha de notificação de casos suspeitos ou confirmados (sistema de informação para a vigilância de violências e acidentes – SIVVA)
- Ficha de preparo de ultrassom – abdome superior/hipocôndrio direito/vias biliares
- Ficha de preparo de ultrassom – vias urinárias/pélvico/próstata
- Ficha de procedimento com registro BPA individualizado
- Ficha de procedimento para realização de exames Papanicolau (PCG) e colposcopia
- Ficha de referência/contrarreferência
- Ficha de registro diário de atividades e procedimentos
- Ficha de remoção domiciliar
- Ficha de solicitação de antimicrobianos de uso controlado
- Ficha para registro diário de atividades, procedimentos e marcadores (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, ACS)

- Folha de enfermagem
- Formulário da Comissão de Revisão de Óbito
- Formulário de controle hídrico e TRP
- Formulário de histórico de enfermagem
- Formulário de prescrição
- Formulário de prescrição médica
- Formulário de solicitação de insumos
- Guia de encaminhamento
- Guia de encaminhamento de cadáver
- Guia de internação hospitalar
- Laudo médico para a emissão da AIH
- Laudo médico para a emissão de APAC
- Laudo para solicitação/autorização de procedimento ambulatorial
- Prontuário
- Receituário médico
- Relatório de cirurgia
- Relatório de visitas domiciliares
- Resumo de alta hospitalar
- Solicitação de procedimento especializado
- Termo de autorização de internação
- Termo de autorização para encaminhamento de membro
- Termo de consentimento informado
- Termo de consentimento para procedimento anestésico
- Termo de encaminhamento para alto risco
- Termo final de utilização de próteses, órteses e outros materiais pelas equipes médicas.

Capítulo 10

Delegacias do Cremers



Em templos gregos pré-hipocráticos os pacientes eram induzidos a sonhar com Asclépio cujas palavras seriam depois interpretadas pelos sacerdotes e serviam para orientar a terapêutica (Reproduzido de Bender G, Thom R.)

Capítulo 10

Delegacias do Cremers

"As Delegacias Seccionais são compostas pelo Delegado Seccional, dois secretários e três suplentes. As Delegacias têm por função representar o Cremers em âmbito regional."

As Delegacias Seccionais foram criadas conforme a Resolução Cremers 05/84, em uma atitude pioneira do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul que teve repercussão nacional, vindo mais tarde a ser reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina e adotada em outros estados da Federação.

Compostas por um delegado seccional, dois secretários e três suplentes, as Delegacias têm por função a representatividade do Cremers em âmbito regional, bem como promover por todos os meios elevados padrões éticos da medicina, ressaltando que o objetivo fundamental e precípuo é o homem e a saúde.

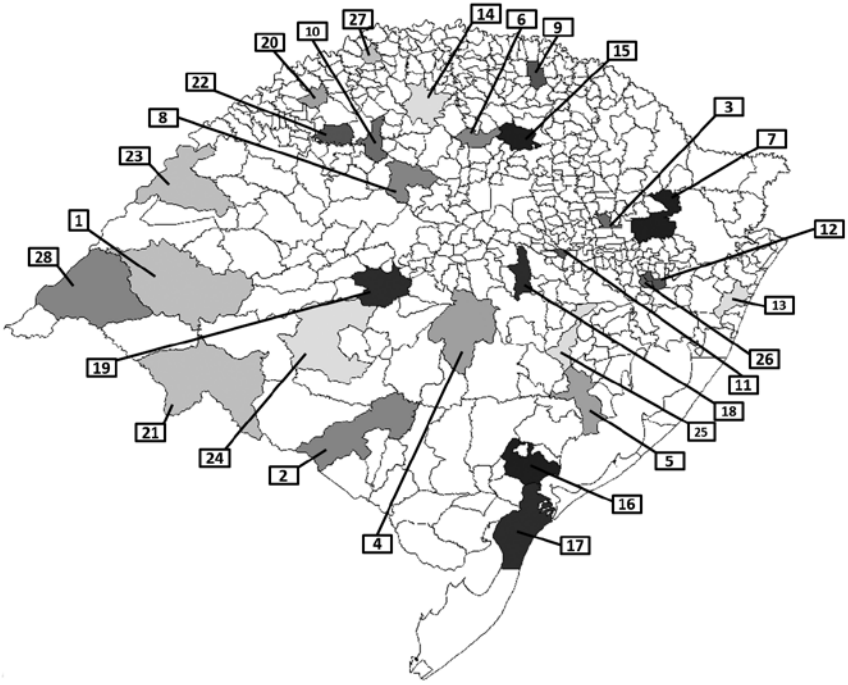
As Delegacias Seccionais têm como atribuição orientar os colegas nas questões relacionadas à ética e ao exercício profissional, representar o Cremers em atos públicos da comunidade, fiscalizar a observância do Código de Ética Médica e o cumprimento das resoluções do Conselho Federal de Medicina e do Cremers, intercedendo e/ou denunciando a este Conselho, sempre que necessário.

O Cremers tem, atualmente, vinte e oito Delegacias Seccionais.

As Delegacias desempenham um importante papel na descentralização das atividades do Conselho, permitindo que os médicos do Interior disponham de um canal de comunicação mais direto e uma representação mais ligada às peculiaridades locais. Assim, entre as atribuições está receber denúncias e documentos que envolvam possíveis infrações ético-profissionais, além da realização de audiência de testemunhas em processos ético-profissionais e cartas precatórias de outros Conselhos.

RELAÇÃO DAS DELEGACIAS SECCIONAIS

Ilustração: Lucimara Conforti



1. Alegrete • e-mail: alegrete@cremers.org.br
Rua Vasco Alves, 431/402 • 97542-600 • Fone/Fax: 55 3422.4179

2. Bagé • e-mail: bage@cremers.org.br
Rua General Neto, 161/204 • 96400-380 • Fone: 55 3242.8060

3. Bento Gonçalves • e-mail: bentogonçalves@cremers.org.br
Rua José Mario Mônaco, 376/701 • 95700-066 • Fone: 54 3454.5095

4. Cachoeira do Sul • e-mail: cachoeira@cremers.org.br
Rua Senador Pinheiro Machado, 1020/104 • 96508-022 •
Fone: 51 3723.3233

5. Camaquã • e-mail: camaqua@cremers.org.br
Rua Cristóvão Gomes de Andrade, 829, térreo • 96180-000 •
Fone: 51 3692-3410

6. Carazinho • e-mail: carazinho@cremers.org.br
Fone: 51 3219.7544 • 54 3330.1049

7. Caxias do Sul • e-mail: caxiasdosul@cremers.org.br
Rua Bento Gonçalves, 1759/702 • 95020-412 • Fone/Fax: 54 3221.4072

8. Cruz Alta • e-mail: cruzalta@cremers.org.br
Rua Venâncio Aires, 614/46 • 98005-096 • Fone: 55 3324.2800

9. Erechim • e-mail: erechim@cremers.org.br
Av. XV de Novembro, 78/305 - 99700-308 • Fone: 54 3321.0568

10. Ijuí • e-mail: ijui@cremers.org.br
Rua Siqueira Couto, 93/406 • 98700-000 • Fone: 55 3332.6130

11. Lajeado • e-mail: lajeado@cremers.org.br
Rua Fialho de Vargas, 323/304 • 95900-016 • Fone: 51 3714.1148

12. Novo Hamburgo • e-mail: novohamburgo@cremers.org.br
Rua Joaquim Pedro Soares, 500/56 • 93510-320 • Fone: 51 3581.1924

13. Osório • e-mail: osorio@cremers.org.br
Av. Jorge Dariva, 1153/45 • 95520-000 • Fone: 51 3601.1277

14. Palmeira das Missões • e-mail: missoes@cremers.org.br
Fone: 51 3219.7544 / 55 3742.3969

15. Passo Fundo• e-mail: passofundo@cremers.org.br
Rua Teixeira Soares, 885/505 • 99010-081 • Fone/Fax: 54 3311.8799

16. Pelotas • e-mail: pelotas@cremers.org.br
Rua Barão de Santa Tecla, 515/602 • 96010-140 • Fone: 53 3227.1363

17. Rio Grande • e-mail: riogrande@cremers.org.br
Rua Zalony, 160/403 • 96200-070 • Fone/Fax: 53 3232.9855

18. Santa Cruz do Su l• e-mail: santacruz@cremers.org.br
Rua Fernando Abott, 270/204 • 96810-072 • Fone: 51 3715.9402

19. Santa Maria • e-mail: santamaria@cremers.org.br
Av. Pres. Vargas, 2135/503 • 97015-513 • Fone/Fax: 55 3221.5284

20. Santa Rosa • e-mail: santarosa@cremers.org.br
Rua Fernando Ferrari, 281/803 • 98900-000 • Fone: 55 3512.8297

21. Santana do Livramento • e-mail: livramento@cremers.org.br
Rua 13 de Maio, 410 sala 501 • 97573-438 • Fone 55 3242.2434

22. Santo Ângelo • e-mail: santoangelo@cremers.org.br
Rua Três de Outubro, 256/202 • 98801-610 • Fone/Fax : 55 3313.4303

23. São Borja • e-mail: saoborja@cremers.org.br
Rua Riachuelo,1010/43 • 97670-000 • Fone: 55 3431.5086

24. São Gabriel • e-mail: saogabriel@cremers.org.br
Rua Barão de São Gabriel, 735, térreo • 97300-000 • Fone: 55 3232.0454

25. São Jerônimo • e-mail: saojeronimo@cremers.org.br
Fone: 51 3219.7544 • 51 3651.1135

26. São Leopoldo • e-mail: saoleopoldo@cremers.org.br
Rua Primeiro de Março, 113/708 • 93010-210 • Fone: 51 3566.2486

27. Três Passos • e-mail: trespassos@cremers.org.br
Av. Costa e Silva, 2133 • 98600-000 • Fone: 55 3522-2234

28. Uruguaiana • e-mail: uruguaia@cremers.org.br
Rua Treze de maio, 1691/204 • 97501-538 • Fone: 55 3412.5325

10.1 LEGISLAÇÃO

RESOLUÇÃO CREMERS 04/84

CONSIDERANDO que ao Conselho Regional de Medicina, como órgão supervisor da ética profissional no Estado do Rio Grande do Sul, nos termos do art. 2º da lei 3.268 de 30 de setembro de 1957, compete zelar e trabalha, por todos os meios disponíveis para um perfeito desempenho da atividade profissional médica;

CONSIDERANDO que é objetivo fundamental propiciar condição para alcançar padrões éticos, zelando pelo prestígio e bom conceito da profissão;

CONSIDERANDO que tais objetivos serão mais facilmente atingidos com a descentralização das atividades de supervisão do exercício profissional, atendendo às exigências do art. 15 da mesma Lei 3.268:

RESOLVE:

Art. 1º Criar Delegacias Seccionais do Conselho Regional de Medicina com atuação nas áreas dos municípios abaixo relacionados.

§ 1º As Delegacias ora criadas foram escolhidas por critérios geográficos e densidade médica.

§ 2º Os médicos residentes em municípios onde não há Delegacias do Cremers, poderão recorrer à Delegacia mais próxima ou diretamente ao Cremers, em Porto Alegre, sempre que tiver necessidade.

Art. 2º Inicialmente, as Delegacias terão as seguintes jurisdições:

- *Alegrete, Bagé, Bento Gonçalves, Cachoeira do Sul, Camaquã, Caxias do Sul, Cruz Alta, Erechim, Lajeado, Novo Hamburgo, Osório, Palmeira das Missões, Passo Fundo, Pelotas, Rio Grande, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, Santa Rosa, Santo Ângelo, São Borja, São Gabriel, São Leopoldo e Uruguaiana.*

Porto Alegre, 10 de abril de 1984.

Dr. Cláudio Balduíno Souto Franzen
Presidente

Dr. Heitor Ricardo Rosito
Primeiro-Secretário

NOTA TÉCNICA DA ASSESSORIA JURÍDICA 22/12

Delegacias Seccionais do Cremers. Atribuições. Instauração e tramitação de sindicâncias.

EXPEDIENTE: ATA RD 74/12
I – DOS FATOS

Em Reunião de diretoria realizada em 19 de setembro de 2012, os conselheiros presentes deliberam a esta Assessoria Jurídica a análise das atribuições das delegacias seccionais, especificamente, no tocante ao procedimento de instauração de sindicâncias, as quais têm, por peça inicial, denúncia encaminhada para essas delegacias.

II – DA FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA

As delegacias deste Conselho Regional de Medicina foram criadas pela **Resolução Cremers 04/84** e possuem como principais as seguintes atribuições:

- ***orientar os colegas nas questões relacionadas à ética e ao exercício profissional;***
- ***representar o Cremers em atos públicos da comunidade;***
- *fiscalizar a observância do Código de Ética Médica e o cumprimento das resoluções do Conselho Federal de Medicina e do Cremers, intercedendo e/ou denunciando a este Conselho, sempre que necessário;*
- *receber e encaminhar documentos à sede, como denúncias e aqueles referente a Sindicâncias e Processos Ético-Profissional;*
- ***guardar o material administrativo do Cremers colocado a disposição das Delegacias Seccionais.***

As atribuições citadas são consideradas precípuas para esta autarquia federal, a qual possui como finalidade a fiscalização da ética nos atos médicos, conforme determina o art. **2º da Lei 3.268/57**:

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

Ocorre que, a despeito de o Delegado Seccional possuir atribuição para instaurar sindicância, a análise da denúncia e a sua pertinência com o objeto dos processos administrativos disciplinadores deste Conselho – indícios de violação a ética médica – deve ser realizada pelo corregedor do Cremers, que deverá ser auxiliado pela Assessoria Jurídica desta Autarquia, quando necessário.

***Nesse sentido, determina o art.** 81, incisos I e II, do Regimento Interno do Cremers:*

> *"Art. 81. Ao corregedor compete:*
>
> ***a) distribuir aos conselheiros os processos, requerimentos e expedientes relacionados à apreciação de infrações éticas, designando relator e revisor;***
>
> ***b) ordenar e dirigir as sindicâncias e processos ético -profissionais;"***

Portanto, no caso de denúncias apresentadas nas delegacias seccionais, a instauração de sindicância deve ser entendida como receber a denúncia ou comunicação do fato e o(s) documento(s), remetendo para o Conselho, onde de fato e de direito será realizada a efetiva abertura da sindicância, pela Corregedoria e distribuída a um conselheiro na sede do Cremers, conforme determina o CPEP.

Considerando *que é atribuição das delegacias seccionais -* *fiscalizar a observância do Código de Ética Médica e o cumprimento das resoluções do Conselho Federal de Medicina e do Cremers, intercedendo e/ou denunciando a este Conselho, sempre que necessário - ao delegado seccional compete, nessa situação, a análise preliminar da denúncia, com o intuito de verificar se nessa peça inaugural estão presentes os requisitos estabelecidos pelo art. 6º do Código de Processo Ético-Profissional**, que são os seguintes:***

- *a denúncia deve ser apresentada por escrito ou tomada a termo na própria Delegacia Seccional;*
- *deve constar o relato dos fatos e o nome completo do denunciante, sendo prescindível, nessa fase, a identificação do denunciado, cabendo ao conselheiro Sindicante averiguar, durante a sindicância, quem praticou o ato médico investigado nesse expediente;*
- *a denúncia deve estar firmada e, se possível, documentada.*

Quanto a este último pressuposto, o Supremo Tribunal Federal, no entanto, já firmou posicionamento – MS 24.369, relator ministro Celso de Mello, DJU de 16 de outubro de 2002 - no sentido de que existindo verossimilhança na acusação apresentada, deve o ente público investigar os fatos narrados, ainda que constantes de denúncia apócrifa.

III – DA CONCLUSÃO

Diante do exposto, sugere-se que o delegado seccional observe os requisitos citados na denúncia apresentada e a encaminhe a este Conselho para ser instaurada a sindicância. Caso tais pressupostos não estejam contemplados, deve o Delegado notificar o denunciante para que complemente a denúncia, para, após, enviar a esta Autarquia.

Opina-se, ainda, sejam informados os delegados seccionais que o não encaminhamento das denúncias e o atraso no envio das mesmas a este Conselho pode consubstanciar o crime de prevaricação previsto no art. 319 do Código Penal Pátrio vigente.

É o parecer.

RESOLUÇÃO CREMERS 01/16

Disciplina as jurisdições das Delegacias Seccionais.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958,

CONSIDERANDO que é objetivo fundamental propiciar condições para alcançar padrões éticos, zelando pelo prestígio e bom conceito da profissão;

CONSIDERANDO que tais objetivos serão mais facilmente atingidos com a descentralização das atividades de supervisão do exercício profissional, atendendo às exigências do art. 15 da Lei 3.268/57;

CONSIDERANDO os critérios geográficos, de proximidade de distâncias e de densidade médica para a criação e distribuição das Delegacias Seccionais;

CONSIDERANDO, finalmente, a decisão do Plenário do Cremers, em Sessão Plenária realizada em 15/03/16.

RESOLVE:

Art. 1º A jurisdição de cada uma das Delegacias Seccionais é disciplinada na seguinte forma:

I - Delegacia Seccional de Alegrete
1. Alegrete 2. Manoel Viana 3. Quaraí 4. São Francisco de Assis

II - Delegacia Seccional de Bagé
1. Aceguá: 2. Bagé 3. Candiota 4. Dom Pedrito 5. Hulha Negra
6. Lavras do Sul 7. Pedras Altas 8. Pinheiro Machado

III - Delegacia de Bento Gonçalves
1. André da Rocha 2. Barão 3. Bento Gonçalves 4. Boa Vista do Sul
5. Carlos Barbosa 6. Coronel Pilar 7. Cotiporã 8. Fagundes Varela
9. Garibaldi 10. Guaporé 11. Monte Belo do Sul 12. Nova Araçá
13. Nova Bassano 14. Nova Prata 15. Nova Roma do Sul
16. Paraí 17. Pinto Bandeira 18. Protásio Alves 19. Salvador do Sul
20. Santa Tereza 21. São Jorge 22. São José do Sul
23. São Pedro da Serra 24. São Valentim do Sul 25. Veranópolis
26. Vila Flores 27. Vista Alegre do Prata

IV - Delegacia Seccional de Cachoeira do Sul
1. Caçapava do Sul 2. Cachoeira do Sul 3. Cerro Branco
4. Encruzilhada do Sul 5. Novo Cabrais 6. Paraíso do Sul
7. Santana da Boa Vista

V - Delegacia Seccional de Camaquã
1. Amaral Ferrador 2. Arambaré 3. Camaquã 4. Cerro Grande do Sul
5. Chuvisca 6. Cristal 7. Dom Feliciano 8. Sentinela do Sul
9. Sertão Santana 10. Tapes

VI - Delegacia Seccional de Carazinho
1. Almirante Tamandaré do Sul 2. Alto Alegre 3. Barra Funda
4. Campos Borges 5. Carazinho 6. Chapada 7. Colorado
8. Coqueiros do Sul 9. Lagoa dos Três Cantos 10. Não-Me-Toque
11. Nova Boa Vista 12. Ronda Alta 13. Rondinha
14. Saldanha Marinho 15. Santa Bárbara do Sul
16. Santo Antônio do Planalto 17. Sarandi 18. Selbach
19. Tapera 20. Três Palmeiras 21. Victor Graeff 22. Vista Alegre

VII - Delegacia Seccional de Caxias do Sul
1. Alto Feliz 2. Antônio Prado 3. Bom Jesus 4. Bom Princípio
5. Cambará do Sul 6. Campestre da Serra 7. Canela 8. Caxias do Sul
9. Farroupilha 10. Feliz 11. Flores da Cunha 12. Gramado
13. Ipê 14. Jaquirana 15. Monte Alegre dos Campos
16. Nova Pádua 17. Nova Petrópolis 18. Picada Café
19. São Francisco de Paula 20. São José dos Ausentes
21. São Marcos 22. São Vendelino 23. Tupandi
24. Vacaria 25. Vale Real

VIII - Delegacia Seccional de Cruz Alta
1. Boa Vista do Cadeado 2. Boa Vista do Incra 3. Cruz Alta
4. Estrela Velha 5. Fortaleza dos Valos 6. Ibirubá 7. Jacuizinho
8. Júlio de Castilhos 9. Panambi 10. Pejuçara 11. Pinhal Grande
12. Quinze de Novembro 13. Salto do Jacuí 14. Tupanciretã

IX - Delegacia Seccional de Erechim
1. Aratiba 2. Áurea 3. Barão de Cotegipe 4. Barra do Rio Azul
5. Barracão 6. Benjamin Constant do Sul 7. Cacique Doble
8. Campinas do Sul 9. Carlos Gomes 10. Centenário 11. Charrua
12. Cruzaltense 13. Entre Rios do Sul 14. Erebango 15. Erechim
16. Erval Grande 17. Estação 18. Faxinalzinho 19. Floriano Peixoto
20. Gaurama 21. Getúlio Vargas 22. Ipiranga do Sul 23. Itatiba do Sul

24. Jacutinga 25. Machadinho 26. Marcelino Ramos 27. Mariano Moro
28. Maximiliano de Almeida 29. Paim Filho 30. Paulo Bento
31. Ponte Preta 32. Quatro Irmãos 33. Sananduva
34. Santo Expedito do Sul 35. São João da Urtiga
36. São José do Ouro 37. São Valentim 38. Severiano de Almeida
39. Três Arroios 40. Tupanci do Sul 41. Viadutos

X - Delegacia Seccional de Ijuí
1. Ajuricaba 2. Augusto Pestana 3. Bozano 4. Catuípe 5. Chiapeta
6. Condor 7. Coronel Barros 8. Ijuí 9. Inhacorá 10. Jóia
11. Nova Ramada 12. Santo Augusto

XI - Delegacia Seccional de Lajeado
1. Anta Gorda 2. Arroio do Meio 3. Arvorezinha 4. Barros Cassal
5. Bom Retiro do Sul 6. Boqueirão do Leão 7. Canudos do Vale
8. Capitão 9. Colinas 10. Coqueiro Baixo 11. Cruzeiro do Sul
12. Dois Lajeados 13. Doutor Ricardo 14. Encantado 15. Estrela
16. Fazenda Vilanova 17. Forquetinha 18. Fontoura Xavier
19. Ilópolis 20. Imigrante 21. Itapuca 22. Lajeado
23. Marques de Souza 24. Muçum 25. Nova Bréscia 26. Paverama
27. Poço das Antas 28. Pouso Novo 29. Progresso 30. Putinga
31. Relvado 32. Roca Sales 33. Santa Clara do Sul
34. São José do Herval 35. Sério 36. Tabaí 37. Taquari
38. Teutônia 39. Travesseiro 40. Vespasiano Corrêa 41. Westfália

XII - Delegacia Seccional de Novo Hamburgo
1. Araricá 2. Brochier 3. Campo Bom 4. Capela de Santana
5. Dois Irmãos 6. Estância Velha 7. Harmonia 8. Igrejinha 9. Ivoti
10. Lindolfo Collor 11. Linha Nova 12. Maratá 13. Montenegro
14. Morro Reuter 15. Nova Hartz 16. Novo Hamburgo 17. Pareci Novo
18. Parobé 19. Portão 20. Presidente Lucena 21. Rolante
22. Santa Maria do Herval 23. São José do Hortêncio
24. São Sebastião do Caí 25. Sapiranga 26. Taquara 27. Três Coroas

XIII - Delegacia Seccional de Osório
1. Arroio do Sal 2. Balneário Pinhal 3. Capão da Canoa
4. Capivari do Sul 5. Caraá 6. Cidreira 7. Dom Pedro de Alcântara
8. Glorinha 9. Imbé 10. Itati 11. Mampituba 12. Maquiné
13. Morrinhos do Sul 14. Mostardas 15. Osório 16. Palmares do Sul
17. Riozinho 18. Santo Antônio da Patrulha 19. Tavares
20. Terra de Areia 21. Torres 22. Tramandaí 23. Três Cachoeiras
24. Três Forquilhas 25. Xangri-lá

XIV - Delegacia Seccional de Palmeira das Missões
1. Alpestre 2. Amestista do Sul 3. Boa Vista das Missões
4. Caiçara 5. Cerro Grande 6. Constantina 7. Cristal do Sul
8. Dois Irmãos das Missões 9. Engenho Velho 10. Erval Seco
11. Frederico Westphalen 12. Gramado dos Loureiros 13. Iraí
14. Jaboticaba 15. Lajeado do Bugre 16. Liberato Salzano
17. Nonoai 18. Novo Barreiro 19. Novo Tiradentes 20. Novo Xingu
21. Palmeira das Missões 22. Palmitinho 23. Pinhal 24. Planalto
25. Rio dos Índios 26. Rodeio Bonito 27. Sagrada Família
28. São José das Missões 29. São Pedro das Missões 30. Seberi
31. Taquaruçu do Sul 32. Trindade do Sul 33. Vicente Dutra

XV - Delegacia Seccional de Passo Fundo
1. Água Santa 2. Camargo 3. Capão Bonito do Sul 4. Casca
5. Caseiros 6. Ciríaco 7. Coxilha 8. David Canabarro 9. Ernestina
10. Esmeralda 11. Espumoso 12. Gentil 13. Guabiju 14. Ibiaçá
15. Ibiraiaras 16. Ibirapuitã 17. Lagoa Vermelha 18. Lagoão
19. Marau 20. Mato Castelhano 21. Montauri 22. Mormaço
23. Muitos Capões 24. Muliterno 25. Nicolau Vergueiro
26. Nova Alvorada 27. Passo Fundo 28. Pinhal da Serra 29. Pontão
30. Santa Cecília do Sul 31. Santo Antônio do Palma 32. São
Domingos do Sul 33. Serafina Corrêa 34. Sertão 35. Soledade
36. Tapejara 37. Tio Hugo 38. Tunas 39. União da Serra 40. Vanini
41. Vila Lângaro 42. Vila Maria

XVI - Delegacia Seccional de Pelotas
1. Arroio do Padre 2. Arroio Grande 3. Canguçu 4. Capão do Leão
5. Cerrito 6. Herval 7. Jaguarão 8. Morro Redondo 9. Pedro Osório
10. Pelotas 11. Piratini 12. São Lourenço do Sul 13. Turuçu

XVII - Delegacia Seccional de Rio Grande
1. Chuí 2. Rio Grande 3. Santa Vitória do Palmar
4. São José do Norte

XVIII - Delegacia Seccional de Santa Cruz do Sul
1. Arroio do Tigre 2. Candelária 3. Gramado Xavier 4. Herveiras
5. Ibarama 6. Lagoa Bonita do Sul 7. Mato Leitão 8. Pantano Grande
9. Passa Sete 10. Passo do Sobrado 11. Rio Pardo
12. Santa Cruz do Sul 13. Segredo 14. Sinimbu 15. Sobradinho
16. Vale do Sol 17. Vale Verde 18. Venâncio Aires 19. Vera Cruz

XIX - Delegacia Seccional de Santa Maria
1. Agudo 2. Capão do Cipó 3. Dilermando de Aguiar 4. Dona Francisca
5. Faxinal do Soturno 6. Formigueiro 7. Itaara 8. Ivorá 9. Jaguari
10. Jari 11. Mata 12. Nova Esperança do Sul 13. Nova Palma
14. Quevedos 15. Restinga Seca 16. Santa Maria 17. Santiago
18. São João do Polêsine 19. São Martinho da Serra
20. São Pedro do Sul 21. São Sepé 22. São Vicente do Sul
23. Silveira Martins 24. Toropi 25. Vila Nova do Sul

XX - Delegacia Seccional de Santa Rosa
1. Alecrim 2. Alegria 3. Boa Vista do Buricá 4. Campina das Missões 5.
Cândido Godói 6. Doutor Maurício Cardoso 7. Horizontina
8. Independência 9. Nova Candelária 10. Novo Machado
11. Porto Lucena 12. Porto Mauá 13. Porto Vera Cruz
14. Porto Xavier 15. Santa Rosa 16. Santo Cristo
17. São José do Inhacorá 18. São Paulo das Missões
19. Sete de Setembro 20. Três de Maio 21. Tucunduva 22. Tuparendi

XXI - Delegacia Seccional de Santana do Livramento
1. Santana do Livramento

XXII - Delegacia Seccional de Santo Ângelo
1. Bossoroca 2. Caibaté 3. Cerro Largo 4. Dezesseis de Novembro
5. Entre-Ijuís 6. Eugênio de Castro 7. Giruá 8. Guarani das Missões
9. Mato Queimado 10. Pirapó 11. Rolador 12. Roque Gonzales
13. Salvador das Missões 14. Santo Ângelo
15. Santo Antônio das Missões 16. São Luiz Gonzaga
17. São Miguel das Missões 18. São Nicolau 19. São Pedro do Butiá
20. Senador Salgado Filho 21. Ubiretama 22. Vitória das Missões

XXIII - Delegacia Seccional de São Borja
1. Garruchos 2. Itacurubi 3. Itaqui 4. Maçambará
5. São Borja 6. Unistalda

XXIV - Delegacia Seccional de São Gabriel
1. Cacequi 2. Rosário do Sul
3. Santa Margarida do Sul 4. São Gabriel

XXV - Delegacia Seccional de São Jerônimo
1. Arroio dos Ratos 2. Barão do Triunfo 3. Butiá 4. Charqueadas
5. General Câmara 6. Minas do Leão 7. São Jerônimo 8. Triunfo

XXVI - Delegacia Seccional de São Leopoldo
1. Canoas 2. Esteio 3. Nova Santa Rita
4. São Leopoldo 5. Sapucaia do Sul

XXVII - Delegacia Seccional de Três Passos
1. Barra do Guarita 2. Bom Progresso 3. Braga 4. Campo Novo
5. Coronel Bicaco 6. Crissiumal 7. Derrubadas
8. Esperança do Sul 9. Humaitá 10. Miraguaí
11. Pinheirinho do Vale 12. Redentora 13. São Martinho
14. São Valério do Sul 15. Sede Nova 16. Tenente Portela
17. Tiradentes do Sul 18. Três Passos 19. Vista Gaúcha

XXVIII - Delegacia Seccional de Uruguaiana
1. Barra do Quaraí 2. Uruguaiana

Art. 2º Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação.

Porto Alegre, 16 de março de 2016.

Dr. Rogério Wolf de Aguiar
Presidente

Dr. Ismael Maguilnik
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 01/17

Dispõe acerca da renúncia, licença, vacância e substituição dos delegados seccionais, secretários e respectivos suplentes, bem como os casos de incompatibilidade de exercício do cargo.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul (Cremers), no uso de suas atribuições legais, tendo em vista a Resolução Cremers 01/16, que informa as jurisdições de cada uma das Delegacias Seccionais do Cremers, Resolução Cremers 02/13, que Normatiza as Eleições dos Delegados, Secretários e respectivos Suplentes, com a função de representar o Cremers em âmbito regional, bem como a Resolução Cremers 05/10, que aprova oitivas em Delegacias Seccionais,

RESOLVE:

Art. 1º Normatizar os procedimentos a serem adotados nos casos de renúncia, licença, vacância e substituição dos Delegados Seccionais, Secretários e respectivos suplentes, bem como dispõe acerca das hipóteses de incompatibilidade de exercício do cargo.

Art. 2º Os pedidos de renúncia e licença serão comunicados à Presidência do Cremers, mediante carta protocolada.

§ 1º Os pedidos de licenças deverão ser encaminhados devidamente fundamentados, por escrito, e deferidos pela Plenária do Cremers, para um período de até 90 dias, que pode ser renovado por igual período.

§ 2º Havendo renúncia ou licença nos cargos, o presidente convocará imediatamente o respectivo suplente para assumir a vaga.

Art. 3º Na falta injustificada a três reuniões ordinárias consecutivas ou a cinco intercaladas no ano, considerar-se-á vago o cargo de delegado, secretário ou suplente, quando convocado.

Art. 4º São hipóteses para impedimento do exercício do cargo de Delegado Secional, Secretários e suplentes o exercício concomitante dos seguintes cargos:

a) Chefe do Poder Executivo;

b) Vereador, Deputado Estadual ou Federal e Senador da República;

c) Ministro da Saúde ou Secretário Municipal ou Estadual de Saúde;

d) Reitor de Universidade Pública ou Privada que contemple o curso de Medicina; e
e) Diretor técnico de hospital, de natureza pública ou privada, prestador de serviços médicos.

Parágrafo único. O titular do cargo de Delegado Seccional, Secretário ou suplente que venha a assumir qualquer dos cargos acima elencados deverá comunicar a Presidência do Cremers no prazo de 24 horas, para que esta empossе o substituto.

Art. 5º A inobservância das atribuições de Delegado ou de Secretário será passível de perda do cargo, com aprovação em Sessão Plenária do Cremers.

Art. 6º Na eventualidade da vacância do cargo de Delegado ou de Secretário e não havendo suplentes ou substitutos, será designado pela diretoria do Cremers, com aprovação em Sessão Plenária, um novo Delegado até que novas eleições sejam realizadas.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

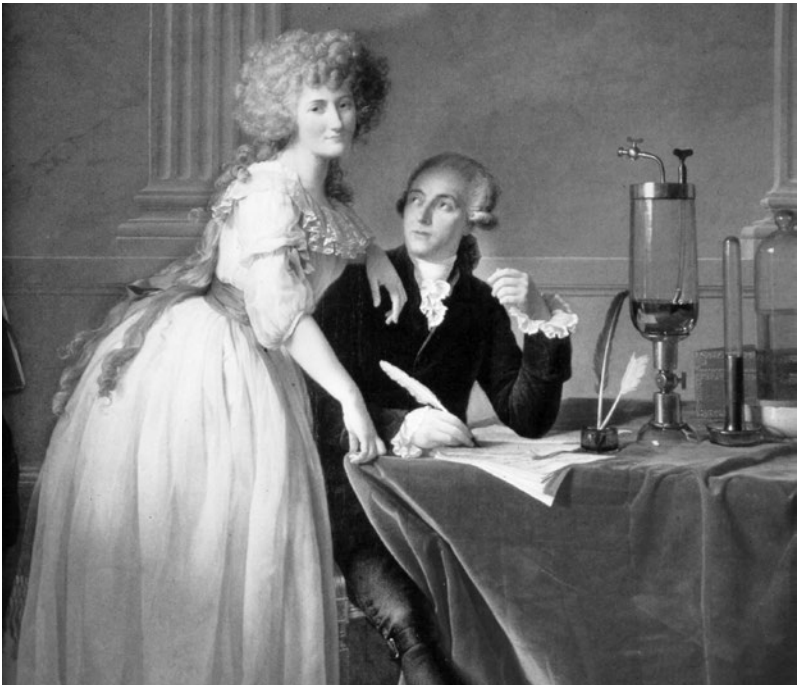
Porto Alegre, 26 de abril de 2017.

Dr. Fernando Weber Matos
Presidente

Dr. Rogério Wolf de Aguiar
Primeiro-Secretário

Capítulo 11

Setores do Cremers



Antoine-Laurent Lavoisier, que completou a teoria da respiração – 1878

Capítulo 11

Setores do Cremers

11.1 CORREGEDORIA

Cabe ao corregedor zelar para que os prazos sejam cumpridos, evitando o arquivamento de processos por paralisação ou prescrição, podendo inclusive substituir sindicantes, instrutores, relatores e revisores quando necessário.

O corregedor é figura associada ao poder de fiscalização, a uma pessoa capaz de tomar decisões. Assim ao corregedor do Cremers, conforme Regimento Interno, aprovado pelo Conselho Federal de Medicina e conforme o Código de Processo Ético-Profissional – Resolução CFM 2.145/16 em seu art. 7º, compete a distribuição aos conselheiros dos processos, requerimentos e expedientes relacionados à apreciação de infrações éticas, designando relator e revisor.

Também são funções do corregedor:

Examinar os processos ético-profissionais, verificando se estão devidamente instruídos e preparados para julgamento, incluir os processos em pauta para julgamento.

Zelar para que os prazos sejam cumpridos, evitando o arquivamento de processos por paralisação ou prescrição, podendo inclusive substituir sindicantes, instrutores, relatores e revisores quando necessário.

Adotar as medidas e expedir as instruções necessárias para a tramitação regular das sindicâncias e processos.

Exercer o juízo de admissibilidade, *ad referendum* da Câmara de Julgamento.

Conhecer da ocorrência da prescrição, de ofício ou por provocação das partes.

Orientar os conselheiros quando esses apresentarem dúvidas quanto ao modo de agir em determinado caso

Em conjunto com o corregedor Adjunto orientar e dirigir as Sindicâncias, solicitando manifestações de médicos, prontuários e diligências para elucidar o caso.

SECRETARIA DE ASSUNTOS TÉCNICOS

À Secretaria de Assuntos Técnicos do Conselho Regional de Medicina cabe supervisionar e participar de todas as ações que envolvem a Sindicância, o Processo Ético-Profissional, as Consultas, o Procedimento Administrativo e as Cartas Precatórias.

A seguir, definições referentes aos procedimentos da Secretaria, possibilitando entender seu funcionamento.

A SINDICÂNCIA

"Meio sumário para a elucidação de irregularidades com vistas à instauração de processo e, consequentemente, a punição do infrator. É, portanto, um procedimento preliminar, preparatório do processo administrativo." (Hely Lopes Meirelles – Direito Administrativo Brasileiro, 11ª ed., São Paulo, RT, 1985, p. 593)

A sindicância, por sua própria natureza, é um instrumento de que se servem os órgãos administrativos, ou de caráter administrativo, para esclarecer uma situação de lesão a direitos de terceiros, pela elucidação preliminar do fato lesivo e a provável individualização do autor. É,

assim, um procedimento preliminar, não terminativo, cujo objetivo é respaldar uma decisão administrativa.

De acordo com nosso Ordenamento Jurídico, pode haver sindicância sem processo e processo sem sindicância. No primeiro caso, a denúncia foi arquivada, nada se apurou de positivo contra quem quer que seja; no segundo, pela natureza da falta cometida, pelas circunstâncias especiais que cercam o fato e pela identificação precisa do autor, a Administração deu logo início ao processo administrativo, diretamente, tal a evidência do envolvimento do indiciado. (*Cretella* Júnior)

A sindicância instaura-se mediante Portaria nomeativa, expedida pela autoridade dotada de competência para tal, indicando os instrutores ou o instrutor do procedimento sindicante.

Operacionalmente, a sindicância pode ser iniciada com ou sem sindicado, bastando tão- somente que haja um fato determinado a ser apurado preliminarmente, lesivo a direitos de terceiro ou terceiros, como já se salientou. Também não possui um procedimento padrão nem demanda necessariamente uma comissão específica para tal, podendo ser realizada por uma única pessoa, designada legitimamente para tanto. Por não se tratar de procedimento contencioso e sim de simples verificação de um determinado fato, dispensa o contraditório e os atos a ele inerentes, sendo por isso mesmo insuscetível de prestar-se a qualquer espécie de punição, por mais branda que seja. Com todas essas características, relaciona-se com o processo administrativo da mesma forma que o inquérito policial se relaciona com o processo judicial criminal.

A partir da conclusão do procedimento de sindicância, duas consequências podem ocorrer. Uma, pelos elementos carreados aos autos, pode conduzir a um arquivamento de todo o procedimento, com a consequente declaração da não ocorrência do fato determinado que se investigou preliminarmente. Outra pode concluir pela ocorrência do fato determinado investigado, fundamentado nos diversos elementos contidos nos autos: depoimentos, documentos, perícias, etc., deflagrando assim o Processo Administrativo.

O traço determinante da sindicância é o princípio da inquisição, ou seja, compete à autoridade sindicante o movimento procedimental no sentido de determinar a produção de todo tipo de prova tendente a esclarecer aquilo que se quer desvendar preliminarmente, com a despreocupação do contraditório, como já se disse anteriormente, visto que este será plenamente exercido nos moldes do art. 5º inciso LV, da Constituição Federal.

Com o advento da nova ordem constitucional a partir de outubro de 1988 e o estabelecimento pétreo dos princípios do "devido processo legal" e da "ampla defesa" – art. 5º, incisos LIV e LV, da Constituição Federal -, é juridicamente conveniente que, mesmo sendo um procedimento preliminar, se dê oportunidade de manifestação aos envolvidos na sindicância, evitando-se a abertura precipitada de processos administrativos muitas vezes inócuos ou que, ao final, resultam pura e simplesmente em arquivamento por falta de maiores elementos para sustentá-los com eficácia.

A PRÁTICA

Explicada a parte teórica da sindicância, chegamos à parte prática.

A sindicância tem início a partir de um comunicado à Autoridade Administrativa ou de uma constatação ex officio por parte desta, sobre algum fato transgressor de norma tutelar ou coagente.

A Autoridade Administrativa, uma vez recebida a comunicação, denúncia ou informação, ou, ainda, ex officio, dará início à sua apuração, determinando a instauração da sindicância.

As denúncias serão, sempre, por escrito, endereçadas ao presidente do Cremers. Nelas devem constar o relato do fato, o nome e o endereço completos do denunciante, assim como o nome completo do médico denunciado e do paciente, quando não for ele o próprio denunciante. Todos os documentos serão protocolados na Delegacia Seccional.

Para agilização dos trabalhos poderá ser solicitada a manifestação do médico denunciado - a quem é dado o prazo de quinze dias - e o prontuário médico do paciente. Poderão também ser ouvidas as partes e testemunhas para melhor elucidação do fato. As partes serão chamadas para prestar esclarecimentos por ofício informando dia, hora e local em que serão ouvidas.

Depois de adotadas todas as providências para uma investigação mais aprofundada, o Delegado Seccional encaminhará o material para a Sede, quando será designado conselheiro Sindicante. O sindicante encerrará a sindicância por meio de relatório circunstanciado, no qual fará o resumo dos fatos e dos dispositivos normativos teoricamente infringidos, objetivamente, examinando todas as circunstâncias e correlacionando-as com os eventuais infratores, opinando, assim, pela abertura ou não de processo administrativo.

A seguir, fluxograma com fases da Sindicância para melhor entendimento:

Despacho de Instauração da Sindicância.
Portaria de designação do Conselheiro Sindicante

↓

Manifestações

↓ ↓ ↓

Médico(s) denunciado(s)

Diretor Técnico/ Diretor Clínico

Outros médicos ou enfermeiro(s) que podem ajudar a esclarecer o fato

↓

Solicitação de documentos: prontuário, FAA, atestado de óbito, laudos de exames, requisições, laudo pericial ou qualquer outro documento que possa elucidar os fatos

↓

Oitiva das partes ou de outros que estejam envolvidos no atendimento, se necessário

↓

Elaboração do Relato Prévio do Conselheiro Sindicante

↓

Apreciação em Câmara de Sindicâncias

↓

Decisão:
Arquivamento, TAC, instauração de Processo Ético-Profissional

↓

Arquivamento: envio da decisão às partes

TAC: o denunciado é chamado para assinatura do documento em duas vias

Processo Ético-Profissional: as partes são citadas: o denunciante, para apresentar testemunhas, e o denunciado, para apresentar defesa prévia e testemunhas, bem como para os demais atos da instrução

OBSERVAÇÕES

1. No caso de o declarante estar acompanhado de advogado, esta informação deve constar no início do "Termo de Declaração".

2. Os advogados acompanham o depoente, mas não se pronunciam; o pronunciamento dos advogados se dará somente na fase de processo ético-profissional.

3. Com referência aos documentos constantes das sindicâncias, somente têm a eles acesso as partes e seus procuradores (procuradores com a procuração nos autos – original ou cópia autenticada).

4. Todos os ofícios referentes às sindicâncias realizadas na Delegacia devem ser encaminhados com "Aviso de Recebimento" ou "AR" para controle do recebimento das correspondências.

TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA

> *A finalidade do TAC é buscar a solução administrativa envolvendo questões transindividuais (interesse da classe médica e da sociedade), instrumento de grande importância que evitará vários processos desnecessários.*

O conselheiro Sindicante poderá propor um TAC – Termo de Ajustamento de Conduta, para as infrações de pequena monta, ou seja, que não envolvam lesão corporal de natureza grave (art. 129, §§ 1º a 3º do Código Penal), assédio sexual ou óbito do paciente.

O TAC é sigiloso e será assinado por membro da câmara de sindicância que o aprovou o corregedor e o médico interessado, tendo como embasamento legal a Lei 7.347/85 e inciso II do art. 17 do Código de Processo Ético-Profissional – Resolução CFM 2.145/16.

A finalidade do TAC é buscar a solução administrativa envolvendo questões transindividuais (interesse da classe médica e da sociedade), instrumento de grande importância que evitará vários processos desnecessários.

Com o TAC o médico assume, perante o Cremers, o compromisso de não mais agir da forma que ensejou a Sindicância, adequando sua conduta às exigências do Código de Ética Médica, mediante a formalização do termo.

O descumprimento implicará na instauração de Processo Étio-Profissional conforme art. 23 do Código de Processo Ético-Profissional.

Salienta-se que de acordo com o art. 24 do já citado CPEP, o médico que aderir a um TAC ficará impedido de firmar novo TAC, sobre qualquer assunto, pelo período de cinco anos.

Perguntas frequentes a respeito do ***Termo de Ajustamento de Conduta.***

O QUE É?

O Termo de Ajustamento de Conduta – TAC é um documento utilizado pelas entidades públicas, em especial pelos ministérios públicos, para que o interessado se comprometa a adequar suas condutas às exigências legais, evitando, assim, a abertura de processos sancionatórios ou a aplicação de penalidades.

O embasamento legal do TAC é a Lei Federal 7347/85.

No âmbito dos Conselhos de Medicina, o TAC está previsto na Resolução CFM 2.145/16 e se presta para o ajuste de condutas que ofendem ou possam ofender a ética médica. No termo, o médico (compromissário) reconhece implicitamente a conduta antiética apurada na Sindicância e se compromete perante o Conselho (compromitente) a corrigir seu comportamento, sob pena de abertura de Processo Ético-Profissional (PEP).

A celebração do TAC é ato facultativo por parte do médico, de forma que ele não está obrigado a celebrar o ajuste, podendo deixar de fazê-lo, caso entenda excessivamente oneroso ou violador de seu direito particular. Nesse caso, haverá a necessidade de prosseguimento regular da Sindicância.

QUANDO FIRMAR O TAC?

Sob o ponto de vista procedimental, o TAC deve ser proposto pelo conselheiro Sindicante ou por outro membro da Câmara, após a apresentação do relatório conclusivo da Sindicância, e deverá ser firmado após aprovação pela Câmara de sindicância.
É incabível o TAC após a abertura do PEP.

EM QUAIS HIPÓTESES É POSSÍVEL O TAC?

Não é possível que a Câmara de Sindicância aprove o TAC quando houver a figura do denunciante, porquanto este tem que ser parte no acordo.

Além disso, somente poderá ser pactuado o TAC nos casos de denúncias que envolvam indícios de infrações ao Código de Ética Médica (CEM) consideradas de menor potencial ofensivo.

Neste sentido, o CPEP estabelece em seu art. 19, §2º, que o TAC será admitido apenas nos casos em que não envolvam lesão corporal de natureza grave, assédio sexual ou óbito do paciente.

O QUE DEVE CONTER NO TAC?

Conforme previsto no Código de Processo Ético-Profissional, são cláusulas obrigatórias do TAC, dentre outras:

I – objeto: descreve o(s) fato(s) imputado(s) ao médico;

II – cláusula de comportamento: impõe ao médico portar-se de acordo com o determinado no TAC;

III – cláusula de suspensão da sindicância: fixa o prazo de suspensão da sindicância, com atenção aos prazos prescricionais estabelecidos no CPEP;

IV – cláusula de fiscalização: define como será feita a fiscalização do TAC e como deverá o médico compromissário demonstrar o cumprimento das metas e obrigações assumidas;

Assim, caberá a Câmara Sindicante fazer constar expressamente da Ata da Sessão que aprovou o TAC as suas condições essenciais: quais os fatos imputados ao médico e que serão objeto do ajuste; qual deverá ser o compromisso que o médico deverá assumir; indicação da forma de fiscalização; além dos prazos para cumprimento da obrigação e de vigência do TAC.

Recomenda-se que a redação da minuta do TAC seja realizada pela Corregedoria, com auxílio da Assessoria Jurídica. Caso a Corregedoria verifique a inviabilidade técnica das condições do TAC, a proposta deverá ser novamente apreciada pela Câmara de Sindicância.

QUEM FISCALIZA O CUMPRIMENTO DO TAC?

A fiscalização do cumprimento dos termos contidos no TAC caberá à Corregedoria do Cremers, consoante previsão expressa do CPEP.

É juridicamente plausível que, em virtude de particularidades da obrigação assumida pelo compromissário, a Corregedoria delegue o ato fiscalizatório a conselheiros.

QUAL DEVE SER O PRAZO DE VIGÊNCIA DO TAC?

De acordo com o art. 24 do CPEP, o médico que aderir a um TAC ficará impedido de firmar novo TAC, sobre qualquer assunto, pelo período de cinco anos.

Assim e considerando o prazo prescricional de cinco anos do PEP, o prazo máximo para a validade do TAC deve ser 5 anos, contados a partir da data do conhecimento dos fatos pelo Cremers (abertura da Sindicância).

Na fixação dos prazos do ajuste, a Câmara de Sindicância deve ponderar a razoabilidade e a viabilidade técnica da fiscalização efetiva com a espécie de conduta que se busca corrigir.

Transcorrido o prazo estabelecido no TAC com o consequente cumprimento integral das obrigações assumidas pelo compromissário, a Sindicância será arquivada, para os devidos fins.

Recomenda-se que o arquivamento seja precedido de mediante Termo de Encerramento - atestando o cumprimento das obrigações assumidas-, aprovado em Câmara de Sindicância.

O PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL

No CPEP – Código de Processo Ético-Profissional temos todo rito para instaurarão e tramitação de Sindicâncias e Processos Ético-Profissionais

O Processo Ético-Profissional (PEP) decorrente de uma decisão de uma das Câmaras do Conselho Regional de Medicina que aprova o relatório da sindicância, na formado art. 17, inciso IV, do Código de Processo Ético-Profissional, será nomeado conselheiro instrutor que conduzirá o processo dentro dos parâmetros de razoabilidade, atentando-se para os prazos prescricionais.

O Processo Ético-Profissional – PEP não poderá ser extinto por desistência da parte denunciante. Nesta hipótese, ele seguirá de ofício – art. 33 do CPEP.

Em caso de falecimento do médico denunciado, com a juntada do atestado de óbito (que é o único documento aceito), será extinta a punibilidade – art. 33, § 1º Já em relação ao denunciante o processo seguirá ex officio; porém, havendo requerimento do cônjuge ou companheiro(a), pais, filhos ou irmãos do denunciante falecido, nessa ordem, ele poderá ser admitido como parte denunciante, assumindo o processo no estado em que se encontrar – art. 33, § 3º.

Havendo necessidade de acrescentar mais artigos à denúncia ou, ainda, se detectar algum erro material, é possível que o conselheiro instrutor de acordo com o art. 34 e seu parágrafo único, modificar ou aditar, de forma fundamentada, funcionando o mesmo método para a inclusão de novo(s) denunciado(s). Lembrando, porém, que toda e qualquer modificação deverá ser levada para aprovação da Câmara de Sindicâncias ou do Pleno do Conselho regional de Medicina.

No PEP, em sua etapa denominada instrução, é oferecida, pelo denunciado, defesa prévia no prazo de 30 dias, quando também são arroladas as testemunhas, são ouvidas as partes e testemunhas nos termos do Código de Processo Ético-Profissional. Podem ser requeridas perícias e demais provas ou diligências para perfeita instrução do processo.

Quando o denunciado não é encontrado, o Conselho Regional de Medicina poderá nos termos do art. 37, incisos I a IV, citá-lo por servidor ou conselheiro do CRM devidamente habilitado ou pelos Correios, via Aviso de Recebimento por Mãos Próprias (ARMP). Frustradas essas tentativas, por Carta Precatória e, por último por edital, quando frustradas as hipóteses anteriores.

De acordo com o art. 53 do CPEP, o parecer de câmara técnica especializada poderá ser requisitado em matéria de complexidade científica, servindo como elemento de esclarecimento ao conselheiro instrutor sem caráter pericial ou decisório, dando ciência às partes para, se desejarem, apresentar manifestação, no prazo comum de quinze dias.

O Código de Processo Ético-Profissional, ainda em seu art. 56, fala sobre a oitiva das testemunhas, esclarecendo que cabe à parte que as arrolou, trazê-las independente de intimação para serem ouvidas nas datas designadas.

Sem do decretada a revelia o Conselho de Medicina designará defensor dativo, nos termos do art. 39, § 2º

Após instruído o processo, o corregedor indica um conselheiro relator e um conselheiro revisor. Concluídos os relatos, é marcada a data do julgamento.

No Código de Processo Ético-Profissional para os Conselhos de Medicina, encontramos as normas referentes aos trâmites do processo ético realizados pelo Conselho de Medicina.

A seguir, fluxograma com fases do Processo Ético-Profissional para melhor entendimento:

Decisão de Câmara de Sindicância aprovando a abertura de PEP na forma do art. 17 do CPEP, inciso IV

↓

Citação para apresentação de defesa prévia e rol de testemunhas – art. 39 do CPEP

↓

Marcadas as audiências será ouvido primeiro o denunciante – art. 41 e 59, I do CPEP

↓

As testemunhas da Instrução podem ser ouvidas a qualquer tempo

↓

Em segundo lugar, serão ouvidas as testemunhas dos denunciantes – se houver – art. 59, II do CPEP

↓

O denunciado será o último a ser ouvido, conforme art. 59, inciso III do CPEP

↓

Concluída a fase de instrução, será aberto prazo para apresentação de alegações finais, primeiro aos denunciantes e, após, ao denunciado – art. 79, § 1º e 2º CPEP

11.2 SECRETARIA OPERACIONAL

11.2.1 PESSOA FÍSICA

A - INSCRIÇÃO PRIMÁRIA
LEI 3.268 DE 30 DE SETEMBRO DE 1957 – ART. 17

A norma regulamentadora do exercício da profissão de médico no País é a Lei 3.268/57, que, em seu art. 17, expressa:
"Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade."

Documentos para Inscrição
- Três fotos 3x4 recentes e iguais (colorida, com fundo branco, sem camisa branca, sem óculos e sem acessórios);
- Diploma original;
- Cópia autenticada do diploma;
- Cópia simples da carteira de identidade civil, frente e verso, atualizada;
- Cópia simples do CPF;
- Cópia simples do título de eleitor;
- Comprovante de quitação eleitoral disponível (impresso) no site do Tribunal Superior Eleitoral (não pode ser justificativa eleitoral e situação cadastral);
- Cópia simples do certificado de reservista (quite/em dia com serviço militar);
- Cópia simples de um comprovante de residência (água, luz, telefone, etc.);
- Se estado civil diferente de solteiro: cópia de certidão comprovando (casamento, divórcio, separação, etc.);
- Saber o grupo sanguíneo e o fator RH;
- Duas cópias simples do boleto e do comprovante de pagamento de taxa de inscrição, anuidade, taxa da carteira e da cédula de identidade médica;
- Fazer a pré-inscrição;
- **Importante:**
- **O boleto só deve ser impresso depois de posse de toda documentação exigida e no mesmo mês de entrega dos documentos no Cremers para valores atualizados.**
- Preencher formulário do Cremers
- Utilize: www.cremers.org.br – clique aqui – médicos

Documentação e Procedimentos para solicitar a Inscrição Primária de Médicos Formados no Brasil

• Baixar o formulário em PDF (para imprimir, preencher, assinar e entregar com os demais documentos) no link:

Procedimento do Cremers

1. Colher a assinatura e impressão digital do médico nos seguintes documentos:
• Carteira Profissional de Médico
• Cédula de Identidade Médica
2. Solicitar, à Universidade emitente do diploma, a listagem dos formandos.
3. Reter, para que façam parte integrante do prontuário do médico, as cópias de todos os documentos.
4. Fazer anotação na Carteira Profissional de Médico.
5. Sempre que possível, o original do diploma, a Carteira Profissional de Médico e a Cédula de Identidade Médica deverão ser entregues aos médicos em Sessão Solene.
6. Quando o médico tiver requerido o cancelamento de sua inscrição, poderá inscrever-se em qualquer estado da Federação, independentemente do estado em que cancelou a inscrição anterior. O novo Conselho deverá comunicar tal fato ao CRM onde o médico esteve anteriormente inscrito. Os procedimentos do CRM serão os mesmos, porém não será expedida nova carteira, tendo em vista que o médico já a possui, devendo apenas efetuar anotação da nova situação em sua Carteira Profissional de Médico.

B - INSCRIÇÃO POR TRANSFERÊNCIA RESOLUÇÃO CFM 2.010/13

Inscrição por transferência é quando o médico se inscreve em um novo Estado, ficando com a sua inscrição com o status de transferido. A inscrição por transferência deverá ser requerida, pelo profissional, diretamente ao CRM de origem, que enviará o Certificado de Regularidade. Após a confirmação de chegada deste documento junto ao

Cremers é necessário que o médico compareça no Cremers com os seguintes documentos:

- Certificado de Regularidade – Resolução CFM 2.010/13 – para fins de inscrição por transferência (requerido no CRM de origem);
- Carteira de identidade médica;
- Diploma original;
- Cópia autenticada do diploma;
- Duas fotos 3x4 recentes e iguais (colorida, com fundo branco, sem camisa branca, sem óculos e sem acessórios);
- Cópia simples da carteira de identidade civil, frente e verso, atualizada;
- Cópia simples do CPF;
- Cópia simples do título de eleitor;
- Comprovante de quitação eleitoral disponível (impresso) no site do Tribunal Superior Eleitoral (não pode ser justificativa eleitoral e situação cadastral);
- Cópia simples do certificado de reservista (quite/em dia com serviço militar);
- Cópia simples de um comprovante de residência (água, luz, telefone, etc.);
- Se estado civil diferente de solteiro: cópia de certidão comprovando (casamento, divórcio, separação, etc.);
- Saber o grupo sanguíneo e o fator RH;
- Duas cópias do comprovante de pagamento da taxa de inscrição de PF e taxa de cédula de identidade médica;
- Preencher formulário no Cremers.

Documentação para Inscrição por Transferência

Procedimentos do Cremers

- A solicitação de inscrição por transferência poderá ser feita por fax ou via correio, assinada pelo requerente, ou por procuração pública.
- O CRM de origem deverá encaminhar diretamente ao CRM de destino, por fax ou *e-mail*, o Certificado de Regularidade do médico.
- Fornecer o número do CRM.
- Fazer anotação no Diploma e Carteira de Identidade Médica.
- Emitir nova Cédula de Identidade Médica.

- Quando da efetivação da inscrição do profissional, **obrigatoriamente** confirmar ao CRM de origem a nova inscrição.
- Se o médico for detentor de título de Especialista registrado em outro CRM, proceder a anotação no requerimento único e inseri-la no cadastro geral.

Observações

O requerimento de inscrição poderá ser preenchido na hora do pedido ou o médico poderá levá-lo já preenchido – ver *site* do CRM do Estado ou do CFM.

- Caso o profissional não possua a Carteira Profissional de Médico, por motivo de extravio ou roubo, deverá apresentar o Boletim de Ocorrência pertinente, para que o CRM de destino emita a 2ª via.

C – INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA RESOLUÇÃO CFM 2.010/13

Inscrição secundária é aquela que o médico abre em outro Estado (destino), mantendo a inscrição primária no CRM de origem.

O médico poderá manter quantas inscrições secundárias desejar. Neste caso, contudo, deverá pagar as anuidades em todos os CRMs onde estiver inscrito, **independentemente de estar exercendo ou não a Medicina naquele(s) Estado(s), até que solicite e obtenha o cancelamento da(s) respectiva(s) inscrição (ões).**

A inscrição por secundária deverá ser requerida, pelo profissional, diretamente ao CRM de origem, que enviará ao Cremers o Certificado de Regularidade. Após a confirmação de chegada deste documento é necessário que o médico compareça no Cremers com os seguintes documentos:

- Certificado de Regularidade – Resolução CFM 2.010/13 – para fins de inscrição secundária (requerido no CRM de origem);
- Carteira de identidade médica;
- Diploma original;
- Cópia autenticada do diploma;
- Duas fotos 3x4 recentes e iguais (colorida, com fundo branco, sem camisa branca, sem óculos e sem acessórios);
- Cópia simples da carteira de identidade civil, frente e verso, atualizada;
- Cópia simples do CPF;
- Cópia simples do título de eleitor;
- Comprovante de quitação eleitoral disponível (impresso) no site do Tribunal Superior Eleitoral (não pode ser justificativa eleitoral e situa-

ção cadastral);
- Cópia simples do certificado de reservista (quite/em dia com serviço militar);
- Cópia simples de um comprovante de residência (água, luz, telefone, etc.);
- Se estado civil diferente de solteiro: cópia de certidão comprovando (casamento, divórcio, separação, etc.);
- Saber o grupo sanguíneo e o fator RH;
- Duas cópias do comprovante de pagamento da taxa de inscrição de PF, anuidade proporcional e taxa de cédula de identidade médica;
- Preencher termo de compromisso e formulário no Cremers.

Utilize: www.cremers.org.br – clique aqui – médicos

Documentação e Procedimentos para solicitar a Inscrição Secundária no Cremers
- **O boleto só deve ser impresso depois de posse de toda documentação exigida e no mesmo mês de entrega dos documentos no Cremers para valores atualizados.**
- Comprovação do pagamento proporcional da anuidade e recolhimento de taxas;
- Requerimento único devidamente preenchido e assinado.

Procedimentos do Cremers
- Os mesmos utilizados para a Inscrição por Transferência, com exceção do recolhimento da Cédula de Identidade Médica expedida pelo CRM de origem.
- Fazer anotação na Carteira Profissional e Diploma.
- O CRM de destino enviará um ofício ao CRM de origem confirmando a efetivação da inscrição secundária **e comunicando os eventuais endereços fornecidos pelo médico**.
- Se o médico for detentor de título de Especialista registrado em outro CRM, proceder a anotação no requerimento único e inseri-la no cadastro geral.

Observações
- O médico que deixar de exercer a profissão no Estado, deverá solicitar o cancelamento de sua inscrição; esta solicitação pode ser feita diretamente no Regional onde mantém a inscrição ou no Regional de destino.
- O cancelamento somente será concedido se o médico estiver quite com as anuidades dos exercícios anteriores, devendo efetuar em duodécimo o pagamento para o exercício vigente, e não constar contra o mesmo nenhum processo ético-profissional em andamento.

- A informação de cancelamento deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de origem onde o mesmo mantém inscrição.
- O cancelamento somente será concedido se o médico estiver quite com as anuidades dos exercícios anteriores, devendo efetuar em duodécimo o pagamento para o exercício vigente, e não constar contra o mesmo nenhum processo ético-profissional em andamento
- A informação de cancelamento deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de origem onde o mesmo mantém inscrição

Documentação e Procedimentos para solicitar a Inscrição Secundária no Cremers

D - INSCRIÇÃO DE MÉDICO MILITAR

É concedida ao médico em atividade exclusivamente militar.

Documentos necessários

1. Preenchimento do requerimento único
2. Assinatura da declaração de médico militar – preenchimento em duas vias
3. Após ter assinado o requerimento único e a declaração, o médico deverá apresentar os seguintes documentos:

- Três fotos 3x4 recentes e iguais (colorida, com fundo branco, sem camisa branca, sem óculos e sem acessórios);
- Diploma original;
- Cópia autenticada do diploma;
- Cópia simples da carteira de identidade civil, frente e verso, atualizada;
- Cópia simples do CPF;
- Cópia simples do título de eleitor;
- Comprovante de quitação eleitoral disponível (impresso) no site do Tribunal Superior Eleitoral (não pode ser justificativa eleitoral e situação cadastral);
- Cópia simples do certificado de reservista (quite/em dia com serviço militar);
- Cópia simples de um comprovante de residência (água, luz, telefone, etc.);

- Se estado civil diferente de solteiro: cópia de certidão comprovando (casamento, divórcio, separação, etc.);
- Saber o grupo sanguíneo e o fator RH;
- Duas cópias simples do boleto e do comprovante de pagamento de taxa de inscrição, anuidade, taxa da carteira e da cédula de identidade médica;
- Fazer a pré-inscrição;
- Preencher formulário no Cremers.
- Declaração expedida pelo respectivo órgão militar, comprovando o exercício exclusivamente militar, de acordo com a Lei 6.681/79 e Resolução CFM 1.619/01.

Observação
Anualmente, até o último dia do mês de fevereiro, o médico deverá encaminhar ao CRM uma declaração comprovando a continuação do exercício exclusivamente militar.

Procedimentos do CRM
1. Colher a assinatura e impressão digital do médico nos seguintes documentos:
- Requerimento único;
- Carteira Profissional de Médico;
- Cédula de Identidade Médica;
- Declaração de Médico Militar.

2. Reter, para que faça parte integrante do prontuário do médico, o requerimento único, a declaração de Médico Militar, a declaração expedida pelo órgão militar e a cópia do diploma e dos demais documentos necessários à inscrição.
3. Fazer anotação na Carteira Profissional e Diploma.
4. Colocar na Carteira Profissional de Médico o carimbo de médico militar.

Observação
- O médico está dispensado do pagamento de anuidade.

E - TRANSFORMAÇÃO DE MÉDICO MILITAR EM CIVIL

Documentos necessários
1. Atualização dos dados constantes no requerimento único.
2. Comprovação de quitação da anuidade (duodécimos) e taxas.
3. Carteira Profissional de Médico.
4. Cédula de Identidade Médica.
5. Uma foto 3x4.

Procedimentos do CRM

1. Recolher a Cédula de Identidade Médica, onde consta o registro de "médico militar".
2. Fornecer a nova Cédula de Identidade Médica.
3. Anotar o fato na Carteira Profissional de Médico.

F - INSCRIÇÃO DE ESTUDANTE MÉDICO ESTRANGEIRO

Médico estrangeiro detentor de visto temporário para estudar – conforme Lei 6.815, de 19 de agosto de 1980, art. 13, item IV: "na condição de estudante", e brasileiros com diplomas de Medicina obtidos em faculdades no exterior, porém não revalidados.
Autorização especial concedida pelo CRM para frequentar programa de ensino de pós-graduação, exceto a residência médica, aos médicos estrangeiros detentores de visto temporário, na condição de estudante, e aos brasileiros com diplomas de Medicina obtidos no exterior, porém não revalidados.

Documentos necessários

- Original do Diploma e cópia autenticada. Diploma com Autenticação Consular, registrado na Embaixada do Brasil do País da colação de grau;

Obs.: Diploma Original somente para verificação, no caso de estudantes não ficamos com o Diploma Original.

- Cópia autenticada da tradução do diploma por tradutor público juramentado no Brasil;
- Cópia autenticada de Identidade de Estrangeiro Visto Temporário no Brasil, Passaporte e Protocolo;
- Cópia autenticada do Certificado de Proficiência em língua portuguesa Nível Intermediário Superior expedido por Universidade Pública Federal (Celpe-Bras) ou a Publicação do Diário Oficial da União;

Obs.: Documento dispensado para os médicos de nacionalidade estrangeira oriundos de países cuja língua pátria seja o português (Angola, Cabo Verde, Moçambique, São Tomé e Príncipe, Guiné-Bissau, Portugal e Timor Leste).

- Declaração original para comprovar posse de sua manutenção em território brasileiro;
- Declaração original do Hospital constando dia/mês/ano do início e término do curso. Na declaração da instituição de ensino deverá

constar que o número de vagas do Programa não ultrapassa trinta por cento do total de médicos residentes do primeiro ano na mesma área, devendo ser assinada pelo preceptor do curso e pelo diretor clínico da instituição, conforme determina o novo Manual de Procedimentos Administrativos do CFM (Conselho Federal de Medicina);
- Relação original dos coordenadores e preceptores e programa do curso;
- Termo original de preceptoria (fornecido pelo Cremers *cópia anexa);*
- Cópia autenticada do Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- Uma foto 3x4 (colorida, com fundo branco, sem camisa branca, sem óculos e sem acessórios);
- Comprovante de endereço (água, luz, telefone...);
- Cópia autenticada do comprovante do estado civil se, casado (a), separado (a), judicialmente ou divorciado (a) (se estrangeiro com tradução);
- Coletar a documentação e entregar no protocolo;
- Processo será entregue à Assessoria Jurídica para análise dos documentos e emissão de parecer.

Procedimentos do CRM
- Aguardar o recebimento de confirmação das universidades sobre a colação de grau, então Secretaria Operacional envia documentação à Assessoria Jurídica para análise.

G - INSCRIÇÃO DE MÉDICO BRASILEIRO FORMADO NO EXTERIOR

Adotar o mesmo procedimento utilizado para a inscrição primária, com especial atenção para o diploma de conclusão do curso de medicina (original), previamente **revalidado e registrado** em universidade brasileira autorizada pelo Ministério da Educação, com tradução juramentada por tradutor brasileiro, e exigir que o diploma tenha autenticação consular.

Documentos necessários
- Requerimento de inscrição (fornecido no CRM);
- Diploma original e cópia autenticada, Diploma com Autenticação Consular, registrado na Embaixada do Brasil do País da colação de grau. Se expedido por universidade estrangeira deverá estar devidamente **revalidado** por uma universidade pública brasileira, conforme estabelece a Lei 9.394/96;
- Cópia autenticada da tradução do diploma por tradutor público brasileiro juramentado no Brasil;

- Cópia autenticada da carteira de identidade;
- Cópia autenticada do CPF;
- Cópia autenticada do titulo de eleitor e declaração de quitação com a justiça eleitoral;
- Declarar grupo sanguíneo e fator RH;
- Três fotos 3x4 (colorida, com fundo branco, sem camisa branca, sem óculos e sem acessórios);
- Comprovante de residência (água, luz, telefone,...);
- Se estado civil diferente de solteiro, apresentar a certidão comprovando a situação;
- 02 cópias do boleto e do comprovante de pagamento de taxa de inscrição, anuidade, taxa da carteira e da cédula de identidade médica;
- Preencher formulário no Cremers.

Procedimentos do CRM
- Aguardar o recebimento de confirmação das Universidades sobre a colação de grau e da revalidação do diploma, então Secretaria Operacional envia documentação à Assessoria Jurídica para análise.

Observação
No caso de mudança de nome, deverá ser apresentada a certidão comprobatória.

H - INSCRIÇÃO DE MÉDICO ESTRANGEIRO

(formado no exterior e com visto permanente)

Médico estrangeiro, **detentor de visto permanente**, conforme o art. 4º, item IV, da Lei 6.815/80, de 19 de agosto de 1980:
- Com diploma estrangeiro devidamente revalidado por uma universidade pública brasileira, conforme estabelece a Lei 9.394/96, poderá obter inscrição definitiva no CRM, na mesma modalidade de inscrição fornecida aos brasileiros formados no país, conforme o item 10 do Parecer CFM 26/90, de 13 de julho de 1990, o item 30 (ii) do Parecer 16/97, do Setor Jurídico do CFM, de 06 de fevereiro de 1997, e o art. 3º da Resolução CFM 1.615/01, podendo usufruir dos mesmos direitos dos médicos brasileiros quanto ao exercício profissional, exceto nos casos de cargo privativo de cidadãos brasileiros natos ou naturalizados.
- Diploma original e cópia autenticada, Diploma com Autenticação Consular, registrado na Embaixada do Brasil do País da colação de grau. Se expedido por universidade estrangeira deverá estar devidamente **revalidado** por uma universidade pública brasileira, conforme estabelece a Lei 9.394/96;

- Cópia autenticada da tradução do diploma por tradutor público brasileiro juramentado no Brasil;
- Certificado de proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros em nível Intermediário Superior (Celpe-Bras);
- ***Obs.: os médicos de nacionalidade estrangeira oriundos de países cuja língua pátria seja o português (Angola, Cabo Verde, Moçambique, São Tomé e Príncipe, Guiné-Bissau, Portugal e Timor Leste) e aqueles cuja graduação em medicina tenha ocorrido no Brasil ficam dispensados da apresentação do Celpe-Bras quando de seu registro no Conselho Regional de Medicina (Resolução CFM 1.831/08, art. 1º,* parágrafo único*).***
- Cópia autenticada da Cédula de Identidade de Estrangeiro – **visto permanente**, ou deferimento de sua permanência, mediante publicação no Diário Oficial da União;
- Cópia autenticada do CPF;
- Declarar grupo sanguíneo e fator RH;
- Três fotos 3x4 (colorida, com fundo branco, sem camisa branca, sem óculos e sem acessórios);
- Comprovante de residência (água, luz, telefone,...);
- Se estado civil diferente de solteiro, apresentar a certidão comprovando a situação;
- Duas cópias do boleto e do comprovante de pagamento de taxa de inscrição, anuidade, taxa da carteira e da cédula de identidade médica.

Procedimentos do CRM

- Aguardar o recebimento de confirmação das Universidades sobre a colação de grau e da revalidação do diploma, então Secretaria Operacional envia documentação à Assessoria Jurídica para análise.

Observação

- Na Carteira Profissional de Médico e na Cédula de Identidade Médica deverá constar a mesma data de validade da Cédula de Identidade de Estrangeiro expedida pela Polícia Federal.

I - INSCRIÇÃO DE MÉDICO ESTRANGEIRO

(refugiado/asilado político ou territorial)

Médico estrangeiro detentor de **visto de refugiado/asilado**, conforme a Lei 9.474, de 22 de julho de 1997, que define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951:

- Com diploma estrangeiro devidamente revalidado por uma universidade pública brasileira, conforme estabelece a Lei 9.394/96, poderá obter inscrição com validade obrigatoriamente igual a da Cédula de Identidade de Estrangeiro – visto de Refugiado/Asilado, conforme a Resolução CFM 1.244/87, de 08 de agosto de 1987, podendo exercer qualquer atividade médica remunerada, excetuados somente os casos em que a lei exija o requisito de brasileiro nato ou naturalizado. Caso não possua a Cédula de Identidade de Estrangeiro, será expedida Certidão até a apresentação da mesma.

Documentos necessários

- Original do Diploma e cópia autenticada. Diploma com Autenticação Consular, registrado na Embaixada do Brasil do País da colação de grau;

Obs.: Diploma Original somente para verificação, no caso de estudantes não ficamos com o Diploma Original.

- Cópia autenticada da tradução do diploma por tradutor público juramentado no Brasil;
- Cópia autenticada de Identidade de Estrangeiro Visto Temporário no Brasil, Passaporte e Protocolo;
- Cópia autenticada do Certificado de Proficiência em língua portuguesa Nível Intermediário Superior expedido por Universidade Pública Federal (Celpe-Bras) ou a Publicação do Diário Oficial da União;

Obs.: Documento dispensado para os médicos de nacionalidade estrangeira oriundos de países cuja língua pátria seja o português (Angola, Cabo Verde, Moçambique, São Tomé e Príncipe, Guiné-Bissau, Portugal e Timor Leste).

- Comprovante de endereço (água, luz, telefone...);
- Cópia autenticada do Comprovante do estado civil se, casado (a), separado (a), judicialmente ou divorciado (a) (se estrangeiro com tradução);
- Coletar a documentação e entregar no protocolo;

Procedimentos do CRM

- Aguardar o recebimento de confirmação das Universidades sobre a colação de grau e da revalidação do diploma, então Secretaria Operacional envia documentação à Assessoria Jurídica para análise.

Observação

- Caso o médico possua apenas o protocolo da Polícia Federal, para comprovação de que está aguardando a expedição da Cédula de Identidade de Estrangeiro – **visto de Refugiado/Asilado**, a Assessoria Jurídica do CRM verificará, além da cópia autenticada do referido protocolo, os seguintes documentos:

1. Cópia autenticada do passaporte (páginas onde consta a identificação do visto e validade do mesmo).
2. Certidão concedida pelo Setor de Cadastro da Polícia Federal, contendo informações do deferimento do pedido de visto de Refugiado/Asilado, data de validade do referido visto e o número do Registro Nacional de Estrangeiro – RNE que constará na Cédula de Identidade de Estrangeiro.

J - INSCRIÇÃO DE MÉDICO ESTRANGEIRO

(com visto de permanência temporária e que vem ao País com regime de contrato ou a serviço do governo brasileiro)

Médico estrangeiro detentor de **visto temporário, para cumprir contrato de trabalho** – conforme a Lei 6.815/80, de 19 de agosto de 1980, art. 13, item V: "*na condição de cientista, professor, técnico ou profissional de outra categoria, sob regime de contrato ou a serviço do Governo brasileiro*", art. 99 - § único: "*Aos estrangeiros portadores do visto de que trata o inciso V do art. 13 é permitida a inscrição temporária em entidade fiscalizadora do exercício de profissão regulamentada*", e Resolução CFM 1.615/01.

• Com diploma estrangeiro devidamente revalidado por uma universidade pública brasileira, conforme estabelece a Lei 9.394/96, poderá obter inscrição com validade obrigatoriamente igual a da Cédula de Identidade de Estrangeiro – **visto Temporário para cumprir contrato de trabalho**, desde que não ultrapasse a data do término do contrato de trabalho (permitido o exercício de atividade remunerada; no entanto, fica vedada a alteração de empregador, salvo alteração expressa do Ministério da Justiça, ouvido o Ministério do Trabalho, conforme o art. 10 da Lei 6.815/80, e a inscrição temporária no CRM é concedida exclusivamente para cumprir o contrato de trabalho), conforme Parecer CFM 26/90, de 13 de julho de 1990, Parecer 16/97,do Setor Jurídico do CFM, de 6 de fevereiro de 1997, e Resolução CFM 1.615/01/ 1832/08.

Documentos necessários

- Requerimento de inscrição (fornecido pelo CRM).
- Diploma original (se expedido por universidade estrangeira deverá estar devidamente revalidado por uma universidade pública brasileira, conforme estabelece a Lei 9.394/96).
- Cópia autenticada do diploma.
- Cópia da versão do diploma feita por tradutor juramentado.
- Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros (Celpe-Bras), expedido pela universidade que revalidou o seu diploma.

- Cópia autenticada da Cédula de Identidade de Médico Estrangeiro – **visto temporário para cumprir contrato de trabalho**.
- Original ou cópia autenticada do CPF.
- Original ou cópia autenticada do contrato de trabalho e do Diário Oficial onde a Coordenação de Imigração publicou a autorização para o trabalho.
- Duas fotos 3x4.
- Pagamento da taxa de expedição da Cédula de Identidade para Estrangeiro e pagamento proporcional da anuidade do exercício.

Procedimentos do CRM

- Colher a assinatura e a impressão digital do médico no requerimento único
- Avaliar a documentação, verificando a vigência do visto de permanência temporário.
- Emitir uma Cédula de Médico Estrangeiro, com o nome da instituição em que o médico está autorizado a trabalhar e o prazo de validade; o número sequencial será precedido do código 300.
- Reter, para que faça parte integrante do prontuário do médico, o requerimento único, as cópias do diploma e a Cédula de Identidade de Visto Temporário.
- Emitir o boleto bancário da anuidade (duodécimos) e taxas.

Observações

- Caso o médico possua apenas o protocolo da Polícia Federal, para comprovação de que está aguardando a expedição da Cédula de Identidade de Estrangeiro – **visto Temporário para cumprir contrato de trabalho**, a Assessoria Jurídica do CRM verificará, além da cópia autenticada do referido protocolo, os seguintes documentos:
- Cópia autenticada do passaporte (páginas onde constam a identificação, visto e validade do mesmo).
- Certidão concedida pelo Setor de Cadastro da Polícia Federal, contendo informações do deferimento do pedido de visto temporário para cumprir contrato de trabalho, data de validade do referido visto e o número do Registro Nacional de Estrangeiro – RNE que constará na Cédula de Identidade de Estrangeiro.

K - AUTORIZAÇÃO ESPECIAL PARA MÉDICO ESTRANGEIRO

(convidado por instituições para ministrar atividades didáticas e/ou assistenciais)

É o médico que, oriundo de outro país, é convidado para ministrar cursos que envolvam a prática de atos médicos.

Documentos necessários
- Solicitação ao CRM com antecedência de, pelo menos, 30 dias, pela entidade patrocinadora.
- Nomeação dos membros da equipe médica convidada.
- Cópia do diploma expedido pelo país de origem.
- Termo de responsabilidade pelos atos médicos praticados no País, devidamente assinado pelo responsável técnico da instituição.
- Parecer da Comissão de Ética da instituição.

Procedimentos do CRM
- Análise da documentação e emissão de autorização.

Observação
- O responsável técnico da instituição responderá perante os CRMs pelo não cumprimento desta normatização (Resolução CFM 1.494/98).

L - VISTO PROVISÓRIO
(inscrição)

- É fornecido ao médico registrado em um CRM, mas que por alguma circunstância irá exercer a profissão em outra jurisdição por período igual ou inferior a noventa dias, não caracterizando habitualidade, conforme prevê o § 1º do art. 18 da Lei 3.268/57.

Documentos necessários
- Carteira de identidade médica;
- Declaração de quitação do CRM de origem;
- Preencher formulário no Cremers.

Procedimentos do CRM
1. **Colher assinatura do médico**.
2. Registrar a anotação na Carteira Profissional de Médico.
3. Não conceder número de inscrição para o visto provisório.
4. Informar ao médico que o prazo de até 90 dias é improrrogável; e que após o vencimento o visto perderá sua validade.
5. Informar o CRM de origem sobre a solicitação de visto provisório, encaminhando cópia do requerimento.

Observação

- O visto só será concedido após comprovação da quitação de débitos no CRM de origem.

M - CANCELAMENTO DE INSCRIÇÕES

O cancelamento de inscrição é o procedimento administrativo legal pelo qual o Conselho Regional passa um profissional da condição de ativo para a condição de inativo, ou seja: a partir da aprovação do cancelamento o profissional ficará isento de suas obrigações para com o CRM, inclusive as anuidades, bem como legalmente impossibilitado de exercer qualquer ato médico na jurisdição do respectivo Conselho, salvo por motivo de força maior.

Normalmente, os cancelamentos ocorrem por solicitação (aposentadoria, invalidez, viagem ao exterior, por motivo particular ou cancelamento de secundária), em virtude de transferência para outro estado (procedimentos já tratados no início desta publicação, na parte referente a inscrição por transferência) ou por decisão da diretoria do CRM, no caso, cassação após a regular tramitação de um processo disciplinar ou administrativo.

Os pedidos de cancelamentos por solicitação devem ser requeridos pelos próprios interessados ou por pessoa devidamente constituída para a finalidade, nos casos previstos em lei.

O requerimento poderá ser feito de próprio punho ou através do preenchimento do formulário, em petição dirigida ao presidente do CRM, devidamente acompanhado da Carteira Profissional de Médico.

- A Carteira Profissional de Médico será devolvida após as anotações do aludido cancelamento. E a carteira perderá seu valor legal de identidade, conforme estabelece a Lei 3.268/57.
- No caso de extravio dos documentos acima, o interessado deverá anexar ao pedido um comprovante – Boletim de Ocorrência – relatando o ocorrido.

O cancelamento não poderá ser concedido a médico que estiver respondendo a expediente-denúncia ou processo ético-profissional.

O cancelamento somente será concedido se o médico estiver quite com as anuidades dos exercícios anteriores, devendo efetuar em duodécimo o pagamento concernente ao exercício vigente.

No caso de constar débito de anuidades anteriores, o interessado poderá fazer um requerimento solicitando anistia dos pagamentos das anuidades pendentes, desde que apresente documentação que justifique a solicitação, a qual deverá ser encaminhada para decisão do diretor tesoureiro.

O pedido de transferência para outro CRM seguirá as orientações constantes na parte anterior, que se refere à expedição do Certificado de Regularidade.
O médico que solicitar o cancelamento por transferência para outro estado deverá quitar integralmente a anuidade no CRM de origem, ficando isento do mesmo recolhimento no Conselho para onde estiver se transferindo.
O médico que solicitar o cancelamento por transferência para o estado onde já possua inscrição secundária deverá recolher o pagamento da anuidade do exercício vigente em duodécimo.
O médico envolvido em processo ético-profissional somente poderá requerer inscrição secundária para outro estado.
O cancelamento por falecimento será efetivado mediante apresentação da respectiva Certidão de Óbito. A Secretaria do CRM deverá solicitar aos familiares do falecido a Carteira Profissional de Médico, que será devolvida após as anotações pertinentes, e providenciará, juntamente com a Tesouraria, a anulação de todas as anuidades pendentes.

N - AVERBAÇÃO DE NOME/ESTADO CIVIL/OUTROS

É quando o profissional tem o seu nome modificado por alteração de estado civil ou outros motivos, devendo registrar tal fato no CRM.

Documentos necessários
- Uma foto 3x4.
- Certidão comprobatória.
- Carteira Profissional de Médico.
- Requerimento de Serviços Diversos, devidamente preenchido e assinado.

Procedimentos do CRM
1. Efetuar o registro na Carteira Profissional de Médico
2. Recolher e inutilizar a Cédula de Identidade Médica.
3. Emitir nova Cédula de Identidade Médica.
4. Emitir o boleto bancário para pagamento da taxa.

O - AVERBAÇÃO DE NACIONALIDADE

É quando o profissional muda de nacionalidade e deve notificar o fato ao CRM.

Documentos necessários
- Uma foto 3x4.
- Certidão comprobatória.
- Carteira Profissional.
- Requerimento de Serviços Diversos, devidamente preenchido e assinado.

Procedimentos do CRM
1. Efetuar o registro na Carteira Profissional de Médico
2. Recolher e inutilizar a Cédula de Identidade Médica.
3. Emitir nova Cédula de Identidade Médica, com a anotação de nacionalidade brasileira.

P - CERTIDÕES

1. Certidão Cadastral
É a certidão solicitada ao CRM mediante Requerimento de Serviços Diversos, onde deverá constar somente o dado cadastral.
Na certidão devem constar os seguintes dados:
- Número de registro no CRM;
- Data de inscrição;
- Situação perante a Tesouraria;
- Especialidade registrada no CRM;
- Escola e ano de formatura.

2. Certidão de Regularidade
Será fornecida com os dados disponíveis no CRM, a pedido formal do médico interessado, através de Requerimento de Serviços Diversos ou no cumprimento da lei (requisição judicial).

Q - CÉDULA DE IDENTIDADE MÉDICA

- Uma foto 3x4 (colorida, com fundo branco, sem camisa branca, sem óculos e sem acessórios).
- Boletim de ocorrência policial
- Preenchimento de Requerimento
- Pagamento da taxa referente a este serviço

R - CARTEIRA DE IDENTIDADE DE CONSELHEIRO

A Carteira de Identidade de conselheiro visa identificar o médico eleito que, em função do mandato que lhe foi outorgado, necessite efetuar atividades de fiscalização e/ou diligência.

Procedimentos do CRM

1. A emissão desta Carteira deverá ser feita após o conselheiro ser empossado, anotando-se no requerimento o período do mandato.
2. Havendo interrupção do mandato, a Carteira de Identidade de conselheiro deverá ser devolvida ao CRM, que a inutilizará.

S - REGISTRO DE QUALIFICAÇÃO DE ESPECIALISTA

É aquele que atende às exigências constantes na Resolução CFM 2.149/16, referente ao registro de qualificação de Especialista.

Documentos necessários

- Preenchimento do Formulário.
- Carteira Profissional de Médico.
- Original e cópia do certificado de conclusão de Residência Médica credenciada pela CNRM, devidamente registrado, ou título de Especialista emitido pela AMB, de acordo com a Resolução CFM 1.634/02.
- Taxa referente ao registro de especialidade.

Procedimentos do CRM

1. Encaminhar a documentação apresentada à Comissão de Título de Especialista, para análise.
2. **Registrar o título de Especialista e fazer as devidas anotações na Carteira Profissional de Médico, após aprovação pela Comissão.**
3. Emitir o Certificado de Registro de Especialista.

Observações

- Requisitar, junto às entidades certificadoras (AMB e CNRM), a confirmação do certificado.
- A solicitação de 2ª via do Certificado de Registro de Especialista deverá ser requerida no CRM onde a mesma foi registrada.

11.2.2 PESSOA JURÍDICA

A inscrição das empresas e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas encarregados, são obrigatórias nos conselhos de fiscalização das diversas profissões regulamentadas

A - INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA NO CREMERS

(www.cremers.org.br/index.php?indice=65)

A inscrição das empresas e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas encarregados, são obrigatórias nos conselhos de fiscalização das diversas profissões regulamentadas, em razão da atividade básica como prestador ou intermediador pela qual prestem serviços a terceiros (Lei 6.839/80).
Em consonância com esta obrigatoriedade, devem ser observados os dispositivos preconizados nas resoluções vigentes que criam os cadastros regionais e o Cadastro Central de Estabelecimentos de Saúde sob Direção Médica, bem como as resoluções que determinam as diretrizes para inscrição, cancelamento, responsabilidade técnica e pagamento das taxas. Essas medidas têm como finalidade propiciar melhores condições ao desempenho da ação fiscalizadora de competência dos conselhos regionais e Federal de medicina. Os diretores técnicos das empresas, instituições, entidades ou estabelecimentos inscritos nos conselhos regionais de medicina (CRMs) devem, obrigatoriamente, serem médicos.
São duas as modalidades de inscrição: **registro e cadastro.**

Registro
As empresas, instituições, entidades ou estabelecimentos prestadores e/ou intermediadores de assistência à saúde com personalidade jurídica de Direito Privado devem registrar-se nos CRMs da jurisdição em que atuarem, nos termos das Leis 6.839/80 e 9.656/98.
Estão enquadradas:
- as empresas prestadoras de serviços médico-hospitalares de diagnóstico e/ou tratamento;
- as empresas, entidades e órgãos mantenedores de ambulatórios para
- assistência médica a seus funcionários, afiliados e familiares;
- as cooperativas de trabalho e serviço médico;

- as operadoras de planos de saúde, de medicina de grupo e de planos
- de autogestão e as seguradoras especializadas em seguro-saúde;
- as organizações sociais que atuam na prestação e/ou intermediação de serviços de assistência à saúde;
- os serviços de remoção, atendimento pré-hospitalar e domiciliar;
- as empresas de assessoria na área da saúde;
- os centros de pesquisa na área médica;
- as empresas que comercializam serviços na modalidade de administradoras de atividades médicas.

Cadastro

Os estabelecimentos hospitalares e de saúde mantidos pela União, estados- membros e municípios, bem como suas autarquias e fundações públicas, deverão se cadastrar nos CRMs de sua respectiva jurisdição territorial, consoante a Resolução CFM 997/80. Igualmente, também as empresas e/ou instituições prestadoras de serviços exclusivos médico-hospitalares mantidos por associações de pais e amigos de excepcionais e deficientes, devidamente reconhecidas como de utilidade pública, nos termos da lei, devem cadastrar-se nos CRMs da respectiva jurisdição territorial.

Documentação necessária para Inscrição

- Requerimento de Serviços assinado pelo diretor técnico;
- Requerimento de Inscrição de Pessoa Jurídica;
- Termo Compromisso;
- Relação dos profissionais que prestam serviço à Instituição, com nome, CRM, especialidade e vínculo com a instituição;
- Cópia do CNPJ (pode ser retirado do site da Receita Federal);
- Cópia **autenticada** do Alvará de Localização (Prefeitura Municipal) ou protocolo de solicitação do mesmo;
- Cópia **autenticada** do Alvará de Saúde (Vigilância Sanitária) ou protocolo de solicitação do mesmo;
- Cópia **autenticada** do instrumento de constituição (contrato social, estatuto, ato administrativo, etc.) registrado no cartório de Pessoa Jurídica ou na Junta Comercial, visado por advogado, salvo quando for Microempresa e das alterações contratuais se for o caso;
- Taxa de inscrição de empresa.

Importante

- *Os sócios médicos e o responsável técnico deverão estar com suas anuidades quitadas. As anuidades serão calculadas, retroativamente, com base no capital social da empresa e na data de registro do instrumento de constituição no cartório ou na Junta Comercial.*

Observação
Serviços que exigem a obrigatoriedade de titulação em especialidade médica Registrada nos Conselhos Regionais de Medicina (CRM) para o exercício dos cargos de Supervisão, Coordenação, chefia ou responsabilidade médica especializada:

- UTI (unidades de terapia intensiva) – adulto e pediátrico
- Serviços de formolização e embalsamamento de cadáveres
- Avaliação médicas para obtenção de CNH
- Serviços de hemodiálise (terapia renal substitutiva)
- Serviços de hemoterapia (bancos de sangue e hemoderivados)
- Serviços de cancerologia (clínica, pediátrica e cirúrgica)
- Serviços de medicina nuclear (diagnóstico e terapia com radioisótopos)
- Serviços de radiologia (RX em geral) de diagnóstico ou intervencionista.

Considerações

- Quando a documentação for enviada via correio, nos casos de empresas no interior do estado, não se faz necessário o envio dos originais, mas as cópias devem estar autenticadas.
- No caso das operadoras de planos de saúde, de medicina de grupo e de planos de autogestão; das administradoras de atividades médicas; das seguradoras especializadas em seguro-saúde e das cooperativas de trabalho e serviço médico, a obrigatoriedade da inscrição das mesmas nos CRMs é reiterada pelo art. 8º, inciso I da Lei 9.656/98, bem como pelas resoluções CFM vigentes e demais normativas da ANS.
- A obrigatoriedade do registro, nos termos acima, abrange a filial, a sucursal, a subsidiária e todas as unidades das empresas, instituições, entidades e estabelecimentos prestadores e/ou intermediadores de assistência médica, cada qual no CRM de sua respectiva jurisdição territorial. Os casos omissos serão avaliados em reunião de diretoria do CRM.
- O instrumento de constituição e suas alterações posteriores devem estar registrados em cartório ou junta comercial, exceto quando se tratar de instrumento público (lei, decreto, portaria). Tal registro deve estar perfeitamente legível na cópia fornecida pela interessada.
- Caso o corpo clínico seja composto por mais de quinze médicos, deve ser anexado o Regimento Interno do corpo clínico, assinado pelo diretor técnico.
- As empresas, entidades e órgãos mantenedores de ambulatórios para assistência médica a seus funcionários, afiliados e familiares, cuja atividade principal não esteja relacionada à saúde, ficam dispensadas da apresentação da ficha de Relação da Qualificação do Corpo Societário.

- Empresas terceirizadas devem apresentar cópia do contrato de prestação de serviços entre as partes ou declaração assinada pelo diretor técnico da instituição a qual presta serviço, informando os serviços prestados.

B - ALTERAÇÃO CONTRATUAL DE PESSOA JURÍDICA NO CREMERS

(www.cremers.org.br/index.php?indice=66)

A alteração contratual é o instrumento pelo qual a interessada, por intermédio de seu diretor técnico, dá entrada ao processo de atualização cadastral.
O diretor técnico tem a obrigação de comunicar ao CRM competente a alteração de quaisquer dados referentes à empresa, instituição, entidade ou estabelecimento prestador e/ou intermediador de assistência médica inscrita, no prazo de 30 dias, contados a partir da data de sua ocorrência, sob pena de procedimento disciplinar.
As empresas, entidades e órgãos mantenedores de ambulatórios para assistência médica a seus funcionários, afiliados e familiares, cuja atividade principal não esteja relacionada à saúde, ficam dispensadas de comunicar as suas alterações contratuais, mas não as relativas à assistência médica.

Documentação necessária para alteração contratual

- Requerimento de Serviços assinado pelo diretor técnico;
- Relação dos profissionais que prestam serviço à Instituição, com nome, CRM, especialidade e vínculo com a instituição;
- Cópia do CNPJ (pode ser retirado do site da Receita Federal);
- Cópia **autenticada** do Alvará de Localização (Prefeitura Municipal) ou protocolo de solicitação do mesmo;
- Cópia **autenticada** do Alvará de Saúde (Vigilância Sanitária) ou protocolo de solicitação do mesmo;
- Cópias **autenticadas** de todas as alterações contratuais ainda não apresentadas ao Cremers registradas no Cartório de Pessoa Jurídica ou na Junta Comercial;
- Taxa de Alteração Contratual.

C - CANCELAMENTO DE PESSOA JURÍDICA NO CREMERS

(www.cremers.org.br/index.php?indice=70)

A empresa, instituição, entidade ou estabelecimento prestador e/ou intermediador de assistência médica cujas atividades foram encerradas.

Documentação necessária para cancelamento

- Requerimento de Serviços assinado pelo diretor técnico;
- Cópia **autenticada** do Distrato Social registrado em cartório de Pessoa Jurídica **ou** comprovante de baixa no CNPJ **ou** comprovante de baixa no cadastro da Prefeitura;
- Comprovantes de Inatividade da Receita Federal, quando for o caso (possibilidade de isenção de anuidades somente até o exercício de 2011, inclusive – Lei 12.514/12, art. 5º);
- Quitação das anuidades até a data de encerramento.
- Taxa de Cancelamento.

D - CADASTRO DE SERVIÇO/ SETOR DE PESSOA JURÍDICA

(www.cremers.org.br/index.php?indice=109)

Os estabelecimentos que de acordo com a Lei 3.999/61 (art. 15) necessitam ter em seu regimento as chefias de serviços médicos devidamente subordinadas à direção técnica em seu organograma, deverão registrar os médicos responsáveis técnicos de serviço nos CRMs, obedecendo aos requisitos legais.

Documentação necessária para cadastro de serviço/setor

- Requerimento de Serviços assinado pelo diretor técnico;
- Termo de Responsabilidade Técnica pelo Serviço/Setor (o médico deverá ter especialidade devidamente registrada no Cremers) com firma reconhecida;
- Relação dos profissionais que prestam serviço à Instituição, com nome, CRM, especialidade e vínculo com a instituição;
- Declaração dizendo que o Serviço/Setor é da Instituição e que usa o mesmo CNPJ (assinada pelo Responsável Técnico ou diretor do Hospital);

- Cópia **autenticada** do Alvará de Saúde (Vigilância Sanitária) **ou** cópia do protocolo de solicitação do mesmo;
- Taxa de Alteração Contratual.

E - CERTIFICADO DE REGULARIDADE DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

(www.cremers.org.br/index.php?indice=69)

O Certificado de Regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica atesta a regularidade da inscrição do estabelecimento de saúde, sendo emitido após a homologação da inscrição no CRM e, a partir daí, anualmente, após o cumprimento dos requisitos que comprovem sua regularidade perante o conselho ou quando de alterações de dados que constem em seu corpo. Possui validade determinada de um ano, a partir da data de sua inscrição. A renovação ocorrerá anualmente, na data de aniversário da inscrição. As anuidades devem ser quitadas na data definida na resolução de anuidade vigente.

Obrigatoriedade da renovação

A renovação do Certificado de Regularidade é obrigatória. Portanto, a empresa que não solicitar a renovação de seu registro deverá passar para a situação pendente no dia seguinte à data-limite para renovação, assim permanecendo até sua regularização.

A empresa que pelo segundo ano consecutivo não apresente solicitação de renovação do Certificado de Regularidade deve ser notificada, passando para a situação de suspensão da inscrição, sem prejuízo de suas obrigações presentes e futuras.

Para renovar o Certificado de Regularidade a empresa não pode ter pendências de anos anteriores. Caso existam renovações pendentes, todas deverão ser realizadas concomitantemente.

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

Documentação necessária para renovação do Certificado de Regularidade

- Requerimento de Serviços assinado pelo diretor técnico;

- Relação dos profissionais que prestam serviço à Instituição, com nome, CRM, especialidade e vínculo com a instituição;
- Cópia do CNPJ (pode ser retirado do site da Receita Federal);
- Cópia **autenticada** do Alvará de Localização (Prefeitura Municipal) ou protocolo de solicitação do mesmo;
- Cópia **autenticada** do Alvará de Saúde (Vigilância Sanitária) ou protocolo de solicitação do mesmo;
- Comprovante da Anuidade.

Importante

- *Os sócios médicos, o Responsável Técnico e a empresa deverão estar com as anuidades quitadas. Caso a empresa tenha alterado o seu contrato/estatuto e ainda não tenha submetido tal alteração ao Cremers, esta deverá ser registrada juntamente com a solicitação do certificado, seguindo as instruções disponíveis em nosso site para submetê-la ao registro.*

F - REGISTRO DE AMBULATÓRIO

(www.cremers.org.br/index.php?indice=108)

- Toda empresa, entidade e órgão mantenedor de ambulatório para assistência médica a seus colaboradores, afiliados ou familiares, cuja atividade principal não esteja relacionada à saúde devem ter registro no Conselho.

Documentos necessários para registro de ambulatório

- Requerimento de Serviços assinado pelo diretor técnico;
- Termo de Responsabilidade Técnica assinado pelo Responsável e com firma reconhecida

Obs.: *"Art. 1º Ao profissional médico será permitido assumir a responsabilidade, seja como diretor técnico, seja como diretor clínico, em no máximo duas instituições prestadoras de serviços médicos, aí incluídas as instituições públicas e privadas, mesmo quando tratar-se de filiais, subsidiárias ou sucursais da mesma instituição." (Resolução CFM 1.352/92)*

- Relação dos profissionais que prestam serviço à Instituição, com nome, CRM, especialidade e vínculo com a instituição;
- Cópia do CNPJ (pode ser impresso no site da Receita Federal);
- Cópia **autenticada** do instrumento de constituição do ambulatório (ata de constituição do ambulatório, contrato social, estatuto, ato administrativo, etc.) registrado no cartório de Pessoa Jurídica ou na Junta Comercial;

- Cópia **autenticada** do Alvará de Localização (Prefeitura Municipal) **ou** cópia do protocolo de solicitação do mesmo;
- Cópia **autenticada** do Alvará de Saúde (Vigilância Sanitária) **ou** cópia do protocolo de solicitação do mesmo;
- Taxa de Alteração Contratual.

G - ALTERAÇÃO/SUBSTITUIÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

(www.cremers.org.br/index.php?indice=67)

No caso de afastamento do diretor técnico, a empresa, instituição, entidade ou estabelecimento prestador e/ou intermediador de assistência médica deve:
a) comunicar, por escrito, o fato ao CRM;
b) promover, em cinco dias úteis contados a partir do impedimento, suspensão ou demissão, a nomeação de novo diretor técnico, comunicando o fato, no mesmo prazo, ao CRM, sob pena de suspensão da inscrição – e, ainda, à Vigilância Sanitária e demais órgãos públicos e privados envolvidos na assistência pertinente.
A responsabilidade técnica só cessa quando o CRM tomar conhecimento do afastamento do diretor técnico, mediante comunicação escrita.
Se o diretor técnico fizer parte do corpo societário, o seu afastamento deve estar necessariamente vinculado à nomeação imediata de sucessor, sendo vedada a vacância do cargo.

Documentos necessários para alteração de Responsabilidade Técnica

- Requerimento de Serviços assinado pelo diretor técnico;
- Termo de Responsabilidade Técnica;
- Cópia do CNPJ (pode ser impresso no site da Receita Federal);
- Cópia **autenticada** do Alvará de Localização atualizado (Prefeitura Municipal) **ou** cópia do protocolo de solicitação do mesmo junto à cópia do alvará anterior;
- Cópia **autenticada** do Alvará de Saúde atualizado (Vigilância Sanitária) **ou** cópia do protocolo de solicitação do mesmo junto à cópia do alvará anterior;
- Os sócios médicos, o novo Responsável Técnico e a empresa deverão estar com as anuidades quitadas;
- Taxa de Alteração de Responsabilidade Técnica.

Obs: *Será emitido novo Certificado de Regularidade com a nova Responsabilidade Técnica apenas se a empresa já tiver realizado a Renovação do Certificado no ano corrente.*

H - CERTIDÃO DE PARCELAMENTO

(www.cremers.org.br/index.php?indice=68)

Certidão emitida para Pessoas Jurídicas que solicitaram o parcelamento e necessitam de um documento de regularidade perante o Cremers.

Documentação necessária para solicitação da Certidão de Parcelamento

- Requerimento de Serviços;
- Cópia do CNPJ (pode ser impresso no site da Receita Federal);
- Cópia **autenticada** do Alvará de Localização atualizado (Prefeitura Municipal) **ou** cópia do protocolo de solicitação do mesmo junto à cópia do alvará anterior;
- Cópia **autenticada** do Alvará de Saúde atualizado (Vigilância Sanitária) **ou** cópia do protocolo de solicitação do mesmo junto à cópia do alvará anterior;
- Taxa de Certidão de Parcelamento.

Obs.: *A Taxa para emissão da certidão é paga apenas uma vez até o final do parcelamento. Para Certidões posteriores, não há a necessidade de apresentação destes documentos até o termino do parcelamento. A Certidão tem validade até o vencimento da próxima parcela.*

I - REGIMENTO INTERNO

(www.cremers.org.br/index.php?indice=104)

O Regimento Interno deverá prever claramente os deveres e direitos dos médicos e dos dirigentes das instituições prestadoras de assistência médica, visando garantir o exercício ético da Medicina.

Documentação necessária para Homologação de Regimento Interno

- Requerimento de Serviços assinado pelo diretor técnico e diretor clínico;
- Duas vias originais **ou** cópias autenticadas do Regimento Interno do Corpo Clínico aprovado em assembleia geral pelo corpo clínico da instituição
- Download do Regimento Interno do Corpo Clínico Padrão do Cremers. (www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/RICC3.pdf)

J - REGISTRO DE COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA E/OU DIREÇÃO CLÍNICA

(www.cremers.org.br/index.php?indice=107)

As Comissões de Ética Médica foram criadas pelo Conselho Federal de Medicina mediante a Resolução 125/85, têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência. A escolha dos membros das Comissões de Ética Médica será feita mediante eleição direta, dela participando os médicos que compõem o Corpo Clínico do estabelecimento, conforme previsto no Regimento Interno do Corpo Clínico, inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de Medicina.

O diretor clínico é o médico representante e coordenador do Corpo Clínico no contexto do hospital e deve ser eleito de forma direta pelos médicos da instituição. É o elo entre o Corpo Clínico e a Direção Técnica e/ou Direção Geral da instituição.

Documentação necessária para registro de Comissão de Ética e/ou Direção Clínica

- Requerimento de Serviços assinado pelo diretor técnico e diretor clínico;
- Cópia da ata de eleição da Comissão de Ética e/ou Direção Clínica, com período do mandato destacado e data de posse.

K - DESCONTO DE 50% DA ANUIDADE

(www.cremers.org.br/index.php?indice=102)

• Requerimento de parcelamento assinado pelo diretor técnico;

Obs.: "Art. 5º As pessoas jurídicas compostas por, no máximo, dois sócios, sendo obrigatoriamente um deles médico, estejam enquadradas na primeira faixa de capital social, não possuam filiais, constituídas exclusivamente para a execução de consultas médicas sem a realização de exames complementares para diagnósticos, realizados em seu próprio consultório e que não mantenham contratação de serviços médicos a serem prestados por terceiros, poderão requerer ao conselho regional de medicina de sua jurisdição até 31/01/15, um desconto de cinquenta por cento sobre o valor da anuidade fixada no caput do art. 4º, que deverá ser quitada de acordo com o estabelecido no art. 4º e parágrafos, mediante apresentação de declaração subscrita pelo médico responsável pela empresa, indicando o seu enquadramento nessa situação.

Parágrafo único. Para a obtenção do desconto, a pessoa jurídica e os respectivos sócios médicos e responsável técnico deverão estar em situação cadastral regular, bem como quite com o pagamento das anuidades e da taxa de renovação de certificado de exercícios anteriores." (Resolução CFM 2108/14).

L - PARCELAMENTO DE ANUIDADES

(www.cremers.org.br/index.php?indice=106)

• Solicitação de Parcelamento preenchido e assinado pelo diretor técnico.

Obs.: *O parcelamento das anuidades só ocorre quando há mais de duas anuidades em aberto. A anuidade do ano corrente não pode ser parcelada e deve estar quite.*

M - REGISTRO DE FILIAIS

(www.cremers.org.br/index.php?indice=106)

A obrigatoriedade do registro, nos termos da Resolução CFM 1.980/11, abrange a filial, sucursal, a subsidiária e todas as unidades das empresas, instituições, entidades e estabelecimentos prestadores e/ou intermediadores de assistência médica, cada qual no CRM de sua jurisdição territorial.

Documentação necessária para registro de filiais

- Requerimento de Serviços assinado pelo diretor técnico;
- Relação dos profissionais que prestam serviço à Instituição, com nome, CRM, especialidade e vínculo com a instituição;
- Cópia do CNPJ (pode ser retirado do site da Receita Federal);
- Cópia **autenticada** do Alvará de Localização (Prefeitura Municipal) ou protocolo de solicitação do mesmo;
- Cópia **autenticada** do Alvará de Saúde (Vigilância Sanitária) ou protocolo de solicitação do mesmo;
- Cópia **autenticada** da alteração contratual que cria a filial, registrada no Cartório de Pessoa Jurídica ou na Junta Comercial;
- Taxa de Alteração Contratual.

11.3 TESOURARIA

As contas dos Conselhos são auditadas pelo Conselho Federal de Medicina e pelo Tribunal de Contas de União, segundo as normas da Administração Pública Federal.

A Tesouraria é o setor que atua no cumprimento das normas e resoluções que regulam a atividade financeira da instituição, sendo dirigida pelo diretor-Tesoureiro.

É importante salientar que os Conselhos de fiscalização do exercício profissional se mantêm sem nenhum aporte de verba governamental, sendo as anuidades as fontes de receitas necessárias para dar cumprimento ao orçamento de cada exercício. **Os valores são fixados anualmente pelo Conselho Federal de Medicina**.

Como agentes públicos, os diretores dos conselhos de fiscalização sujeitam-se ao poder-dever de exação, isto é, de cobrar as anuidades de todos os médicos e empresas registradas em sua jurisdição. Caso isso não ocorra, haverá a responsabilização imediata e direta dos gestores da instituição.

As contas dos Conselhos são auditadas pelo Conselho Federal de Medicina e pelo Tribunal de Contas de União, segundo as normas da Administração Pública Federal.

11.4 ASSESSORIA JURÍDICA

O Cremers, por ser uma entidade pública que atua na fiscalização dos padrões éticos e técnicos da Medicina, necessita de informações legais e jurisprudenciais para apoiar as decisões a serem tomadas pelos conselheiros.

A Assessoria Jurídica do Cremers é um órgão consultivo e é exercida por advogados concursados, que realizam serviços específicos nas mais variadas áreas e situações.

O Cremers, por ser uma entidade pública que atua na fiscalização dos padrões éticos e técnicos da Medicina, necessita de informações legais e jurisprudenciais para apoiar as decisões a serem tomadas pelos conselheiros. Assim, cabe à Assessoria Jurídica prestar assistência, pesquisando legislação, doutrina e jurisprudência em diversas áreas do Direito.

Essas pesquisas também servem de base para a emissão de pareceres jurídicos e notas técnicas, além de auxiliar na redação e/ou revisão de minutas de Resoluções e outros atos normativos do Cremers.

Entre as atribuições da Assessoria Jurídica está o acompanhamento dos Processos Ético-Profissionais e Sindicâncias, auxiliando a Corregedoria na verificação da regularidade processual dos atos praticado e elaborando pareceres quando houver arguição de nulidades pelas partes ou até mesmo de ofício, quando constatado na análise processual.

A Assessoria Jurídica participa das audiências e do julgamento dos Processos Ético-Profissionais, sanando dúvidas levantadas pelas partes ou pelos conselheiros e zelando pela regularidade das solenidades.

Compete à Assessoria Jurídica a representação do Cremers no âmbito judicial, junto à Justiça Federal e aos Tribunais Superiores, e extrajudicial, com a finalidade de defender os interesses da instituição.

Por ser o Cremers uma autarquia federal é pautado pelo princípio da legalidade A Assessoria Jurídica desenvolve papel importante, pois compete a ela analisar a regularidade legal dos diversos tipos de expedientes encaminhados, tais como concessão de registro de pessoas jurídica, relatórios de fiscalização, pedidos de remissão de anuidades, procedimentos licitatórios, dentre outros, tudo com o objetivo principal da instituição que é zelar pelo interesse público da fiscalização profissional.

11.5 OUVIDORIA

www.cremers.org.br

A Ouvidoria do Cremers foi criada pela Resolução Cremers 09/03 considerando a necessidade de maior integração com a comunidade médica e empresas ligadas ao exercício da medicina, bem como ouvir os anseios e dificuldades dos médicos sob sua jurisdição. É constituída por três conselheiros, sendo um coordenador, nomeados pela diretoria *ad referendum* do Plenário, ficando vinculados diretamente à Presidência.

RESOLUÇÃO CREMERS 09/03

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe conferem a Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, e o Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a necessidade de maior integração do Cremers com a comunidade médica e com as empresas ligadas ao exercício da Medicina registradas no Conselho;

CONSIDERANDO a possibilidade de viabilizar soluções e respostas mais rápidas para questões atinentes ao exercício ético da Medicina;

CONSIDERANDO a necessidade de ouvir os anseios e dificuldades dos médicos sob sua jurisdição;

CONSIDERANDO a decisão da Sessão Plenária de 23 de setembro de 2003;

RESOLVE:
Art. 1º Fica criada a Ouvidoria-Consultoria.

Art. 2º São atribuições dos Ouvidores-Consultores:

a) ouvirem pessoas envolvidas direta ou indiretamente com o exercício de Medicina acerca de questões éticas pertinentes ou em relação ao funcionamento do Conselho;

b) viabilizarem respostas, orientações e soluções de forma rápida, sempre que possível e dentro dos meios ao seu alcance ou encaminhá-las ao setor cabível.

Parágrafo único. Os Ouvidores-Consultores deverão comunicar à Diretoria as questões postas e as soluções propostas.

Art. 3º A Ouvidoria/Consultoria será constituída por três conselheiros, sendo um coordenador, nomeados pela diretoria "ad referendum" do Plenário, ficando vinculados diretamente à Presidência do Cremers.

Art. 4º Os membros da ouvidoria farão jus à percepção de diárias, verbas de representação e jetons, na forma definida pela Resolução Cremers 02/03.

Art. 5º Ficam revogadas as disposições em contrário.
Publique-se.

Porto Alegre, 11 de março de 2003

Dr. Marco Antônio Becker
Presidente

Dr. Cláudio Balduíno Souto Franzen
Primeiro-Secretário

11.6 COMISSÕES

São órgãos técnicos criados pelo Regimento Interno do Conselho Regional de Medicina, constituídos por Conselheiros e Médicos convidados, com a finalidade de auxiliar a Presidência na coordenação entre os diversos departamentos e secretarias do Conselho, bem como sugerir providências pertinentes ao seu melhor funcionamento.

O Regimento Interno do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul prevê 16 Comissões de acordo com seu Regimento Interno, conforme segue:

a) **Comissão de Tomada de Contas**, que tem por finalidade emitir parecer escrito sobre as contas do Exercício;

b) **Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame)**, que tem suas atribuições especificadas em Resolução do Conselho Federal de Medicina;

c) **Comissão de Especialidades**, que tem como atribuição apreciar pedidos para concessão de Registro de Qualificação de Especialistas e outros assuntos relacionados com o exercício de especialidades médicas;

d) **Comissão de Registro de Empresas**, que tem por finalidade emitir parecer sobre os pedidos de inscrição, alterações contratuais e cancelamento de atividades das empresas e serviços cujas atividades básicas se situem na área da Medicina;

e) **Comissões de Lide**, que têm por finalidade tentar conciliar harmonicamente situações de conflito entre médicos;

f) **Comissão de Fiscalização do Exercício Profissional**, que tem por finalidade coordenar a fiscalização em hospitais e clínicas, devendo seu programa de fiscalização ser aprovado pela diretoria;

g) **Comissão de Representação**, que tem por função representar o Cremers perante autarquias e fundações;

h) **Comissão de Normatização**, que tem por função elaborar resoluções e sistematizá-las de acordo com o Conselho Federal de Medicina;

i) **Comissão de Ensino e Cooperação Científica**, que tem por função estimular e organizar atividades científicas com ênfase na ética;

j) **Comissão de Residência Médica**, que tem por função auxiliar os médicos residentes no cumprimento dos preceitos de ética e dar-lhes aconselhamento sempre que necessário;

k) **Comissão de Ensino da Ética e Bioética**, que tem por função promover estudos e cursos de ética e bioética; verificar e auxiliar as escolas de medicina no desenvolvimento de cursos e programas relativos a essas matérias;

l) **Comissão de Assuntos Interinstitucionais**, que tem por função auxiliar o presidente nas relações com as demais organizações institucionais e afins;

m) **Comissão de Assuntos Internos**, que tem por função auxiliar a Presidência na coordenação entre os diversos departamentos e secretarias do Conselho, bem como sugerir providências pertinentes ao seu melhor funcionamento;

n) **Comissão de Planos de Saúde**, que tem por função fiscalizar os aspectos éticos dos planos de saúde;

o) **Comissão de Relações Públicas**, que tem por função estreitar relações entre o Cremers, os médicos e sociedade;

p) **Comissão de Honorários Médicos**, que tem por função discutir e propor ações relacionadas com remuneração.

11.7 CÂMARAS TÉCNICAS

"As Câmaras Técnicas do Cremers, criadas em 2000, atendem a necessidade de posicionamento técnico especializado sobre assuntos específicos da atividade profissional."

As Câmaras Técnicas foram instituídas no âmbito da estrutura organizacional do Cremers, pela Resolução Cremers 04/00, atendendo a necessidade de posicionamento técnico especializado sobre assuntos específicos da atividade profissional médica. As Câmaras Técnicas, sendo um órgão consultivo, têm como principal atribuição avaliar e emitir pareceres no âmbito das respectivas especialidades.

Em 2002, o Conselho Regional de Medicina, pela Resolução 02/02, cria a Coordenação Geral das Câmaras Técnicas, composta pelo presidente, pelo vice-presidente e pelo primeiro-secretário do Cremers. A Resolução 01/07 altera a Resolução 02/02, e cria o cargo de coordenador-Geral das Câmaras Técnicas, com a finalidade de agilizar a coordenação das diversas Câmaras Técnicas do Cremers.

No intuito de promover maior integração com as entidades associativas, o Cremers tem solicitado às Sociedades de Especialidades da Amrigs e às instituições de ensino a indicação de nomes para complementar a composição das Câmaras Técnicas.

Atualmente, encontram-se instituídas 48 Câmaras Técnicas.

CÂMARA TÉCNICA	
Acupuntura	Resolução Cremers 03/02
Alerga e Imunopatologia	Resolução Cremers 03/02
Anestesiologia	Resolução Cremers 03/02
Angiologia e Cirurgia Vascular	Resolução Cremers 03/02
Auditoria em Saúde	Resolução Cremers 05/04
Cancerologia	Resolução Cremers 03/02
Cardiologia	Resolução Cremers 03/02
Cirurgia Geral	Resolução Cremers 11/02
Cirurgia Pediátrica	Resolução Cremers 03/02
Cirurgia Plástica	Resolução Cremers 03/02
Cirurgia Torácica	Resolução Cremers 09/02
Clínica Médica	Resolução Cremers 07/02
Coloproctologia	Resolução Cremers 07/07
Cuidados Paliativos	Resolução Cremers 06/11
Dermatologia	Resolução Cremers 03/02
Emergências	Resolução Cremers 09/02
Endocrinologia e Metabologia	Resolução Cremers 03/02
Ética Médica e Bioética	Resolução Cremers 03/02
Fisiatria	Resolução Cremers 04/02
Gastroenterologia	Resolução Cremers 03/02
Genética Clínica	Resolução Cremers 12/09
Geriatria	Resolução Cremers 11/02
Ginecologia e Obstetrícia	Resolução Cremers 03/02
Hematologia	Resolução Cremers 10/02
Homeopatia	Resolução Cremers 03/02

Infectologia	Resolução Cremers 03/02
Medicina de Família e Comunidade	Resolução Cremers 07/06
Medicina Desportiva	Resolução Cremers 03/02
Medicina do Trabalho	Resolução Cremers 03/02
Medicina do Tráfego	Resolução Cremers 08/07
Medicina Intensiva	Resolução Cremers 03/02
Medicina Legal	Resolução Cremers 02/10
Nefrologia	Resolução Cremers 04/02
Neurologia e Neurocirurgia	Resolução Cremers 03/02
Nutrologia	Resolução Cremers 10/02
Oftalmologia	Resolução Cremers 03/02
Ortopedia e Traumatologia	Resolução Cremers 09/02
Otorrinolaringologia	Resolução Cremers 03/02
Patologia	Resolução Cremers 11/09
Pediatria	Resolução Cremers 03/02
Perícias Médicas	Resolução Cremers 03/06
Pneumologia e Tisiologia	Resolução Cremers 09/07
Psiquiatria	Resolução Cremers 03/02
Radiologia	Resolução Cremers 03/02
Reumatologia	Resolução Cremers 09/12
Segurança do Paciente	Resolução Cremers 01/15
Urologia	Resolução Cremers 04/02
Toxicologia	Resolução Cremers 09/13

RESOLUÇÕES DO CREMERS REFERENTES ÀS CÂMARAS TÉCNICAS

RESOLUÇÃO CREMERS 04/00

Institui as Câmaras Técnicas no âmbito do Cremers.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958;

CONSIDERANDO que compete ao Cremers, como órgão supervisor e normatizador do exercício ético-profissional da medicina, zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, para um perfeito desempenho da atividade profissional médica;

CONSIDERANDO a necessidade de posicionamento técnico especializado sobre assuntos específicos;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Reunião Plenária de 01 de agosto de 2000;

RESOLVE:

Art. 1º Instituir as Câmaras Técnicas no âmbito da estrutura organizacional do Cremers.

Art. 2º As Câmaras Técnicas serão instituídas por Resolução.

Art. 3º As Câmaras Técnicas serão compostas por três ou cinco membros indicados pela diretoria, *ad referendum* do Plenário.

Art. 4º *Cada Câmara será coordenada por um conselheiro.*

Art. 5º As sociedades de especialidades médicas poderão indicar nomes de especialistas, para que a diretoria os escolha para compor as Câmaras Técnicas, de acordo com as necessidades, *ad referendum* do Plenário.

Art. 6º São atribuições das Câmaras Técnicas avaliar e emitir pareceres no âmbito da especialidade, restritos aos fatos, sem identificação das partes.

Parágrafo único. As manifestações das Câmaras Técnicas terão caráter opinativo, não sendo vinculativo.

Art. 7º As Câmaras Técnicas não poderão instruir sindicâncias.

Art. 8º A participação nas Câmaras Técnicas é honorífica.

Art. 9º A solicitação de afastamento como membro da Câmara Técnica dar-se-á por manifestação escrita.

Art. 10. O conjunto das Câmaras Técnicas será coordenado pelo presidente do Cremers, ou por sua delegação.

Art. 11. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Porto Alegre, 01 de agosto de 2000.

Dr. Luiz Augusto Pereira
Presidente

Dr. Cláudio Balduíno Souto Franzen
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 01/07

Altera a Resolução Cremers 02/02 - Cria o cargo de coordenador das Câmaras Técnicas.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958 e Lei 11.000, de 165 de dezembro de 2004,

CONSIDERANDO ser o Cremers o órgão superior do exercício ético -profissional da Medicina do Estado do Rio Grande do Sul;

CONSIDERANDO que cabe ao Cremers 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;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros, realizada em 06/02/07,

RESOLVE:

Art. 1º Criar o cargo de coordenador das Câmaras Técnicas.

§ 1º o coordenador será escolhido pela diretoria entre os conselheiros do Cremers, *ad referendum* do Plenário;

§ 2º o coordenador das Câmaras Técnicas se reportará à diretoria.

Art. 2º O coordenador das Câmaras Técnicas (CCT) terá como atribuições:

a) Coordenar as Câmaras Técnicas, visando a sua integração com o Corpo de Conselheiros e ao intercâmbio entre as mesmas;

b) Supervisionar o conjunto das atividades e funcionamento das Câmaras Técnicas;

c) Promover reuniões periódicas entre os coordenadores e membros das CTs, objetivando o seu desenvolvimento;

d) Indicar o conselheiro coordenador de cada Câmara Técnica, *'ad referendum'* da diretoria, podendo substituí-lo, se necessário em caráter precário, para não prejudicar funcionamento da Câmara Técnica;

e) Sugerir a criação de novas CTs sempre que necessário, encaminhando o expediente à diretoria;

f) Encaminhar às Câmaras Técnicas as solicitações referentes a assuntos da especialidade.

Art. 3º O coordenador das Câmaras Técnicas receberá as solicitações de conselheiros, sindicantes, relatores, revisores, corregedores ou pareceristas para encaminhamento às respectivas Câmaras Técnicas. Após análise e aprovação das solicitações, o coordenador das Câmaras Técnicas as encaminhará à respectiva Câmara e os pareceres serão encaminhados à diretoria.

Art. 4º O coordenador das Câmaras Técnicas, quando convocado, participará das reuniões de diretoria, em conformidade ao disposto no § 1º do art. 70 do Regimento Interno.

Art. 5º Ficam aprovadas as normas operacionais das Câmaras Técnicas, em anexo.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Porto Alegre, 06 de fevereiro de 2007.

Dr. Marco Antônio Becker
Presidente

Dr. Fernando Weber Matos
Primeiro-Secretário

NORMAS OPERACIONAIS

NORMAS OPERACIONAIS DAS CÂMARAS TÉCNICAS A QUE SE REFERE O ART. 4º DA RESOLUÇÃO CREMERS 01/07

a) cada Câmara Técnica será composta por membros indicados pela diretoria, ad referendum *do Plenário, cabendo ao coordenador supervisionar o funcionamento da Câmara Técnica;*

b) cada Câmara Técnica terá um presidente e um Secretário, escolhidos pelos seus membros;

c) as reuniões serão, preferencialmente, mensais e convocadas pelo presidente da Câmara Técnica que assinará seus expedientes de comum acordo com o coordenador;

d) a Câmara Técnica deverá elaborar um cronograma de reuniões, encaminhando-o ao coordenador das Câmaras Técnicas (CCT). Antes de convocar cada reunião o presidente deverá verificar junto ao CCT a disponibilidade de local e infraestrutura;

e) as solicitações das Câmaras Técnicas deverão ser encaminhadas por escrito ao coordenador das Câmaras Técnicas;

f) a solicitação de afastamento como membro da Câmara Técnica dar-se-á por manifestação escrita ou ausência, sem justificativa, a três reuniões consecutivas ou cinco reuniões ao ano, quando elas forem mensais;

g) a proposição de um novo membro para a Câmara Técnica deverá ser encaminhada à diretoria do Cremers, que poderá aceitá-la *ad referendum* do Plenário;

h) o desligamento do membro da Câmara Técnica deverá ser comunicado ao coordenador das Câmaras Técnicas (CCT);

i) cabe ao coordenador das Câmaras Técnicas, em conjunto com a diretoria, alterar, se necessário, as normas operacionais, bem como resolver casos omissos nestas normas.

Coordenador das Câmaras Técnicas - CCT
Endereço eletrônico: ct@cremers.org.br

Capítulo 12

Atestado Médico

As três principais divindades gregas da saúde nos tempos pré-hipocráticos: Apolo, o centauro Quironte e Asclépio, segundo uma pintura em Pompéia (Museu Arqueológico Nacional, Nápoles, reproduzido de Lyons A, Petrucelli R.).

Capítulo 12

Atestado Médico

Atestado médico é um documento escrito, formal, em papel timbrado e só pode ser emitido por profissional médico. É parte integrante o ato médico.

O atestado médico é um documento escrito, formal, em papel timbrado, e só pode ser emitido por profissional médico. É parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável, não podendo importar em qualquer majoração de honorários, conforme Resolução CFM 1.658 de 13 de dezembro de 2002.

Para emiti-lo, o profissional médico deve estar obrigatoriamente inscrito no Conselho Regional de Medicina do Estado onde atua.

O atestado deve conter o nome completo do paciente e só pode ser confeccionado após exame acurado do paciente, destinando-se à comprovação de aptidão para o trabalho ou de incapacidade para o mesmo.

Se o atestado for para justificar falta ao trabalho por motivo de doença, a data de emissão do atestado deve coincidir com a data de início da incapacidade.

Salvo se o paciente já estiver em tratamento médico devidamente comprovado no prontuário do profissional, a data do início de incapacidade pode ser retroativa.

A colocação do CID obedece às Resoluções 1.246/88, 1.656/88 e 1.819/07 do Conselho Federal de Medicina, transcritas a seguir.

Ao fornecer o atestado o médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não podendo pois, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficácia e correção do seu trabalho

Contudo, ao médico é recomendado que atestados médicos sejam fornecidos em receituário timbrado próprio ou do hospital, indicando sua inscrição no Conselho e assinatura para justificar o ato profissional, bem como que contenha o endereço residencial ou do consultório.

Quanto à colocação do Código Internacional de Doenças o médico somente poderá fornecer atestado revelando o diagnóstico, na forma codificada ou não, nas hipóteses do dever legal ou de autorização expressa do paciente.

Portanto, inaceitável a colocação de qualquer referência diagnóstica sem a autorização livre e consciente do paciente.

RESOLUÇÃO CFM 1.246/88

(...)
Capítulo IX
SEGREDO MÉDICO

É vedado ao médico:

Art. 102. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Parágrafo único. Permanece essa proibição:

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

b) quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.

Art. 103. Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

Art. 104. Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em programas de rádio, televisão ou cinema, e em artigos, entrevistas ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações leigas.

Art. 105. Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 106. Prestar a empresas seguradoras qualquer informação sobre as circunstâncias da morte de paciente seu, além daquelas contidas no próprio atestado de óbito, salvo por expressa autorização do responsável legal ou sucessor.

Art. 107. Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei.

Art. 108. Facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.

Art. 109. Deixar de guardar o segredo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.

Capítulo X
ATESTADO E BOLETIM MÉDICO

É vedado ao médico:

Art. 110. Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda à verdade.

Art. 111. Utilizar-se do ato de atestar como forma de angariar clientela.

Art. 112. Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Parágrafo único. O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração de honorários.

Art. 113. Utilizar-se de formulários de instituições públicas para atestar fatos verificados em clínica privada.

Art. 114. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 115. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

Art. 116. Expedir boletim médico falso ou tendencioso.

Art. 117. Elaborar ou divulgar boletim médico que revele o diagnóstico, prognóstico ou terapêutica, sem a expressa autorização do paciente ou de seu responsável legal.

RESOLUÇÃO CFM 1.658/02

Normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentação de aspectos relacionados ao atestado médico;

CONSIDERANDO que o ser humano deve ser o principal alvo da atenção médica;

CONSIDERANDO o que preceitua a Lei 605, de 05 de janeiro de 1949, no § 2º de seu art. 6º, referindo-se à comprovação de doença;

CONSIDERANDO o que determina a Lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990, acerca de licença - para tratamento de saúde, licença à gestante, licença-paternidade, licença por acidente em serviço e licença por motivo de doença em pessoa da família;

CONSIDERANDO o definido no Decreto 3.048/99, alterado pelos Decretos s 3.112/99 e 3.265/99, que aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências;

CONSIDERANDO os arts. 38, 44, 45 e 142 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o art. 8º do Código de Ética Médica determina que o médico não pode submeter-se a restrições ou imposições que possam prejudicar a eficácia e a correção de seu trabalho;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico atestar falsamente sanidade ou atestar sem o exame direto do paciente;

CONSIDERANDO que o profissional que faltar com a verdade nos atos médicos atestados, causando prejuízos às empresas, ao governo ou a terceiros, está sujeito às penas da lei;

CONSIDERANDO que as informações oriundas da relação médico-paciente pertencem ao paciente, sendo o médico apenas o seu fiel depositário;

CONSIDERANDO que o ordenamento jurídico nacional prevê situações excludentes do segredo profissional;

CONSIDERANDO que somente os médicos e odontólogos têm a prerrogativa de diagnosticar enfermidades e emitir os correspondentes atestados;

CONSIDERANDO ser indispensável ao médico identificar o paciente ao qual assiste;

CONSIDERANDO as Resoluções CFM 982/79, 1.484/97 e 1.548/99 e resoluções dos Conselhos Regionais de Medicina dos estados de Goiás, Amazonas, Alagoas, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Bahia e Distrito Federal;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 13/12/2002,

RESOLVE:

Art. 1º O atestado médico é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, não podendo importar em qualquer majoração de honorários.

Art. 2º Ao fornecer o atestado, deverá o médico registrar em ficha própria e/ou prontuário médico os dados dos exames e tratamentos realizados, de maneira que possa atender às pesquisas de informações dos médicos peritos das empresas ou dos órgãos públicos da Previdência Social e da Justiça.

Art. 3º Na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos:

I - especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a recuperação do paciente;

II - estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;

III - registrar os dados de maneira legível;

IV - identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Quando atestado for solicitado pelo paciente ou seu representante legal para fins de perícia médica deverá observar:

I - o diagnóstico;

II - os resultados dos exames complementares;

III - a conduta terapêutica;

IV - o prognóstico;

V - as consequências à saúde do paciente;

VI - o provável tempo de repouso estimado necessário para a sua recuperação, que complementará o parecer fundamentado do médico

perito, a quem cabe legalmente a decisão do benefício previdenciário, tais como: aposentadoria, invalidez definitiva, readaptação;

VII - registrar os dados de maneira legível;

VIII - identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Art. 4º É obrigatória, aos médicos, a exigência de prova de identidade aos interessados na obtenção de atestados de qualquer natureza envolvendo assuntos de saúde ou doença.

§ 1º Em caso de menor ou interdito, a prova de identidade deverá ser exigida de seu responsável legal.

§ 2º Os principais dados da prova de identidade deverão obrigatoriamente constar dos referidos atestados.

Art. 5º Os médicos somente podem fornecer atestados com o diagnóstico codificado ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Parágrafo único. No caso da solicitação de colocação de diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado.

Art. 6º Somente aos médicos e aos odontólogos, estes no estrito âmbito de sua profissão, é facultada a prerrogativa do fornecimento de atestado de afastamento do trabalho.

§ 1º Os médicos somente devem aceitar atestados para avaliação de afastamento de atividades quando emitidos por médicos habilitados e inscritos no Conselho Regional de Medicina, ou de odontólogos, nos termos do *caput* do artigo.

§ 2º O médico poderá valer-se, se julgar necessário, de opiniões de outros profissionais afetos à questão para exarar o seu atestado.

§ 3º O atestado médico goza da presunção de veracidade, devendo ser acatado por quem de direito, salvo se houver divergência de entendimento por médico da instituição ou perito.

§ 4º Em caso de indício de falsidade no atestado, detectado por médico em função pericial, este se obriga a representar ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

Art. 7º O determinado por esta resolução vale, no que couber, para o fornecimento de atestados de sanidade em suas diversas finalidades.

Art. 8º Revogam-se as Resoluções CFM 982/79, 1.484/97 e 1.548/99, e as demais disposições em contrário.

Art. 9º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

RESOLUÇÃO CFM 1.819/07

(D.O.U. 22/05/07, Seção I, pg. 71)

Proíbe a colocação do diagnóstico codificado (CID) ou tempo de doença no preenchimento das guias da TISS de consulta e solicitação de exames de seguradoras e operadoras de planos de saúde concomitantemente com a identificação do paciente e dá outras providências.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e Lei 11.000, de 15 de dezembro de 2004,

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentação dos aspectos éticos relacionados ao preenchimento das guias de consultas emitidas pelas seguradoras e operadoras de planos de saúde;

CONSIDERANDO que o ser humano deve ser o principal alvo da atenção médica;

CONSIDERANDO o que preceitua o art. 5º, inciso X da Constituição da República Federativa do Brasil;

CONSIDERANDO o que preceituam os arts. 153, 154 e 325 do Código Penal (Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940);

CONSIDERANDO o que preceitua o art. 229, inciso I do Código Civil (Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002);

CONSIDERANDO o que determina o art. 205 da Lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990;

CONSIDERANDO o constante nos arts. 8º, 11, 45 e todo o Capítulo IX do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO o disposto no art. 14 do Regimento Interno do Conselho Federal de Medicina, aprovado pela Resolução CFM 1.753/04, de 08 de outubro de 2004;

CONSIDERANDO que as informações oriundas da relação médico-paciente pertencem ao paciente, sendo o médico apenas o seu fiel depositário;

CONSIDERANDO que o ordenamento jurídico nacional prevê situações excludentes do segredo profissional;

CONSIDERANDO ser indispensável ao médico identificar o paciente ao qual assiste;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária de 17 de maio de 2007,

RESOLVE:

Art. 1º Vedar ao médico o preenchimento, nas guias de consulta e solicitação de exames das operadoras de planos de saúde, dos campos referentes à Classificação Internacional de Doenças (CID) e tempo de doença concomitantemente com qualquer outro tipo de identificação do paciente ou qualquer outra informação sobre diagnóstico, haja vista que o sigilo na relação médico-paciente é um direito inalienável do paciente, cabendo ao médico a sua proteção e guarda.

Parágrafo único. Excetuam-se desta proibição os casos previstos em lei ou aqueles em que haja transmissão eletrônica de informações, segundo as resoluções emanadas do Conselho Federal de Medicina.

Art. 2º Considerar falta ética grave todo e qualquer tipo de constrangimento exercido sobre os médicos para forçá-los ao descumprimento desta resolução ou de qualquer outro preceito ético-legal.

Parágrafo único. Respondem perante os Conselhos de Medicina os diretores médicos, os diretores técnicos, os prepostos médicos e quaisquer outros médicos que, direta ou indiretamente, concorram para a prática do delito ético descrito no *caput* deste artigo.

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

PARECER CREMERS 37/99

CID em atestado médico. Necessidade de autorização do paciente, para garantia do segredo médico. art. 102 do Código de Ética Médica.

1. Vem esse expediente a apreciação a pedido do presidente da Câmara de Vereadores, cuida-se de projeto de lei aprovado pela colenda casa legislativa e que, transformado em lei, recebeu veto do prefeito. Embora discutidas questões outras, como, por exemplo, o vício de iniciativa, o de que se cuida, em especial, é a questão da autorização do paciente para a inclusão do CID em atestado médico.

2. É posição assente deste Conselho de que só é possível ao médico incluir no atestado o CID se tiver para tanto autorização expressa do paciente.

3. Nem poderia ser diferente. A determinação nesse sentido do Código de Ética Médica, contida no art. 102, é imperativa, tratando-se de vedação expressa tal consignação sem autorização do paciente. A razão é óbvia: tratando-se a Classificação Internacional de Doenças (CID) de codificação numerológica a que correspondem patologias, basta uma simples consulta a tal codificação que é de livre acesso, para que se conheça a doença de que a pessoa é portadora. Algumas doenças, pelas suas circunstâncias próprias, já têm a sua classificação (número) bastante conhecida. É exemplo disso a AIDS ou SIDA.

4. Nesse passo, tanto faz que o médico indique nominalmente a patologia como a sua codificação, é de fácil percepção que à simples leitura será possível conhecer a doença da pessoa. A razão de ser da norma do Código de Ética Médica é a existência do valor da lealdade que o médico deve ter para com o seu paciente. Esse princípio é consagrado também no Código Internacional de Ética Médica - aprovado na 3ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, em Londres, em 1949. Tal Código impõe como deveres do médico para com seu paciente a lealdade e como consequência o segredo.

5. Esse dever do médico é a contrapartida do direito do paciente como ser humano à sua privacidade. Tal direito é consagrado pela Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão, aprovada pela 3ª Assembleia Geral das Nações Unidas, em 10 de setembro de 1948, em Paris.

6. Transposto para a legislação, pátria, esse princípio encontra guarida da Constituição Federal - no art. 5º, inc. X - que acolhe o direito à privacidade, à honra e à imagem como Direitos Individuais.

7. O Código de Ética Médica tem força obrigatória a todos os médicos e tem "status" de legislação federal, porque promana do Conselho Federal de Medicina, que está autorizado por lei a disciplinar questões éticas através de resolução - Lei 3.268/57, art. 30.

8. Nessa medida, dúvida parece não haver quanto à obrigatoriedade do consentimento do paciente para a consignação de sua doença ou da classificação em atestado. A legislação estadual ou municipal que vier a torná-la dispensável estará infringindo Lei Federal, a Constituição e Tratado Internacional a que o Brasil aderiu. A inconstitucionalidade apresenta-se, pois, flagrante. Só é tolerável a infração quando, por necessidade de saúde pública ou até de segurança, a lei pode exigir comunicação obrigatória de determinadas doenças. Ainda assim, tais comunicações têm em geral cunho de anonimato quanto ao portador, justamente para preservação do valor individual. Fora desses casos, a prevalência do direito individual é irretorquível.

9. Mostra-se pois, *data venia*, desfocado o veto do prefeito, baseado em declaração atribuída a Promotor de Justiça da localidade. Não se trata de ser ou não o Conselho competente para declarar a inconstitucionalidade. É sabido que o órgão do Estado para tanto é o Poder Judiciário. Todavia, pode o Conselho dizer de seu entendimento de que qualquer determinação para a inserção do nome da patologia ou de sua classificação internacional fere o Código de Ética, que é lei federal material, a Constituição Federal e toda a tradição mundial nesse sentido.

10. Se a administração ou qualquer órgão desejar controlar a veracidade de atestados, que o faça pelos meios investigatórios existentes, mas não por meio de determinação infratora da lei.

Capítulo 13

O Atestado de Óbito Declaração de Óbito

O Triunfo da Morte – cópia de Jan Breughel

Capítulo 13

O Atestado de Óbito Declaração de Óbito

O assunto tem sido motivo de inúmeros pareceres dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina. A Resolução CFM 1.779/05 (1) regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito e, para esclarecer dúvidas, transcrevemos o parecer do conselheiro Moacir Assein Arus.

A legislação que trata da Declaração de Óbito é, basicamente, a seguinte:

1) Lei dos Registros Públicos – Lei 6.015, de 31 de dezembro de 1973, alterada pela Lei 6.216, de junho de 1975. (1)
Capítulo IX – do óbito

Art. 77. Nenhum sepultamento será feito sem certidão de Oficial de Registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado médico, se houver no lugar, ou, em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte.

§ 1º antes de proceder ao assento de óbito de criança de menos de um ano, o oficial verificará se houve registro de nascimento que, em caso de falta, será previamente feito.

§ 2º a cremação do cadáver somente será feita daquele que houver manifestado a vontade de ser incinerado, ou no interesse da saúde pública, e se o atestado de óbito tiver sido firmado por dois médicos ou por um médico legista, no caso de morte violenta, depois de autorizada pela autoridade judiciaria.

2. Legislação do Conselho Federal de Medicina.
O Código de Ética Médica (2) no capítulo X, estabelece que:
É vedado ao médico:

Art. 39. Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 110. Fornecer atestado sem praticar o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda à verdade.

Art. 112. Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Parágrafo único. O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração dos honorários.

Art. 113. Utilizar-se de formulários de instituições públicas para atestar fatos verificados em clínica privada.

Art. 114. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 115. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.
• Parecer CFM 57/1999. (3)
• Resolução CFM 1.601/00. (4)

No documento oficial, chamado "Declaração de Óbito", comumente conhecido como "atestado de óbito", há uma parte que corresponde ao atestado médico (campos 43-9). Na prática, as expressões Declaração de Óbito e Atestado de Óbito são usadas como sinônimas. De acordo com a lei, apenas na situação especial da inexistência de médico pessoas idôneas podem ser nomeadas para que verifiquem a morte de outra pessoa. Nas demais situações a declaração de óbito deve obrigatoriamente ser preenchida e assinada por médico.

A solicitação da Dra. Janaíne pode ser dividida em três partes:

1º Informações para o preenchimento correto dos atestados de óbito.
2º Orientação para situações de morte indeterminada, com difícil acesso ao IML.
3º Orientação para o caso em que os familiares não desejam seja o corpo encaminhado ao IML.
Vejamos cada uma das situações propostas.

I – Informações para o preenchimento correto dos atestados de óbito
O atestado de óbito é documento indispensável para o registro civil do óbito em cartório, que expedirá a certidão de óbito. Em não havendo o registro em cartório, não é possível realizar o sepultamento (Lei 6.015, de 31/12/1973). Além de sua importância legal, o atestado de óbito é fundamental para esclarecer a causa jurídica da morte (natural ou violenta) e a causa médica da morte, essencial para planejar ações que previnam mortes evitáveis e ações que promovam a qualidade de vida da população. (5)
A Resolução CFM 1.779/05 responde claramente quando deve o médico preencher a declaração de óbito. Após vários considerandos, a Resolução estabelece que:

Art. 1º O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte.

Art. 2º Os médicos, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, obedecerão às seguintes normas:

1) Morte natural
I. Morte sem assistência médica
a) Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos (SVO):
A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do SVO;
b) Nas localidades sem SVO:
A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento; na sua ausência, por qualquer médico da localidade.

II. Morte com assistência médica
a) A Declaração de Óbito deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente;
b) A Declaração de Óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua falta, por médico substituto pertencente à instituição;
c) A declaração de óbito do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência, ou pelo SVO;

d) A Declaração de Óbito do paciente em tratamento sob regime domiciliar (Programa Saúde da Família, internação domiciliar e outros) deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, ou pelo SVO, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento do paciente.

2) Morte fetal
Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a Declaração de Óbito quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a quinhentos gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm.

3) Mortes violentas ou não naturais
A Declaração de Óbito deverá, obrigatoriamente, ser fornecida pelos serviços médico-legais.

Parágrafo único. Nas localidades onde existir apenas um médico, este é o responsável pelo fornecimento da Declaração de Óbito.

Vejamos algumas particularidades de como preencher corretamente a declaração de óbito e o porquê de preenchê-la corretamente.

A Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (5) chama a atenção para a importância das informações em cada área da Declaração de Óbito, quais sejam:
- Identificação do falecido: (área II – campos 7 a 20) permitem avaliar as condições de vida do mesmo. A escolaridade e a ocupação habitual são utilizadas como indicadores da inserção social do falecido e do risco ocupacional.
- Residência (área III – campos 21 a 25) permitem a localização, no mapa da cidade, dos óbitos ocorridos e o planejamento de ações de Vigilância da Saúde adequadas às pecularidades de cada território.
- Óbito fetal de menor de um ano (área V – campos 33 a 42) permitem o planejamento de programas direcionados à diminuição da mortalidade infantil.
- Óbito feminino em idade fértil - 10 a 49 anos (Campos 43-44) permitem a atuação mais eficaz dos programas dirigidos à saúde da mulher e à diminuição da mortalidade materna.

As causas da morte O campo 49 refere-se às condições e causas de morte e seu registro possibilita a seleção correta da causa básica do óbito (5). O preenchimento correto deste campo é obrigatório. A par-

tir dele serão obtidas informações para a construção do perfil epidemiológico da população para os níveis municipal, estadual e federal.

O conceito de causa de morte está descrito em anexo, conforme consta no Manual de Instrução para o Preenchimento da Declaração de Óbito, do Ministério da Saúde. (6)

A causa básica é definida como "a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal".

As causas da morte são preenchidas pelo médico. O código segundo a CID-10 será colocado posteriormente, por técnicos do setor de processamento de dados (codificadores).

A declaração das causas de morte é feita no "Modelo Internacional de Certificado Médico da Causa de Morte", recomendado pela Assembleia Mundial de Saúde, em 1948, utilizado em todos os países. No modelo atual, na parte I do documento há uma quarta linha "d", que não existia nos modelos anteriores. A parte II não sofreu modificação alguma.

49 – Causa da morte Parte I
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte
a – Devido ou como consequência de:
b – Devido ou como consequência de:
c – Devido ou como consequência de:

Observações sobre a Parte I

- As estatísticas de mortalidade segundo causas de morte são produzidas atribuindo-se ao óbito uma só causa, chamada causa básica.
- A causa básica, por recomendação internacional, tem que ser declarada na última linha da parte I (d), enquanto que as causas consequênciais, caso haja, deverão ser declaradas nas linhas superiores (c, b, a).
- A declaração correta da causa básica na última linha (d) é fundamental para que se tenha dados confiáveis e comprováveis sobre a mortalidade segundo a causa básica ou primária. Assim se poderá traçar o perfil epidemiológico da população.

O Manual de Instrução para o preenchimento da declaração de óbito chama ainda a atenção para o seguinte:

- nos casos de óbitos fetais, não se deve anotar o termo "natimorto", mas sim a causa do óbito fetal.
- não devem ser incluídos sintomas e causas terminais, como insuficiência cardíaca ou insuficiência respiratória.

Observações da Parte II

Parte II
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.

Nesta parte deve ser registrada qualquer doença ou lesão que, a juízo do médico, tenha influído desfavoravelmente, contribuindo para a morte, mas não relacionada com o estado patológico que conduziu diretamente ao óbito.

Tempo aproximado entre o início da doença e a morte: este espaço deverá ser preenchido e visa a estabelecer o tempo aproximado entre o início do processo mórbido e a morte. Quando este tempo não puder ser estabelecido, anotar "ignorado".

Vejamos, como exemplo, um caso clínico apresentado na publicação Declaração de Óbito, da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Porto Alegre (5)

Vejamos dois exemplos, constantes no Manual de Instrução para o preenchimento de declaração de óbito, do Ministério da Saúde:

> *"Falecimento de homem com traumatismo crânio -encefálico como consequência de disparo intencional de arma de fogo." A causa básica é externa, como a seguir.*

Parte I
a –
b –
c – Traumatismo crânio-encefálico
d – Disparo intencional de arma de fogo (causa básica da morte)
Parte II
.....
.....

"Criança de seis meses deu entrada no pronto-socorro com história de três dias de diarreia, que se intensificou nas últimas doze horas. Examinada, mostrava-se desidratada, prostrada, reagindo pouco aos estímulos, com choro débil. Foi iniciada a reidratação, porém a criança faleceu quarenta e cinco minutos após a internação. O exame físico revelou, além dos sinais de intensa **desidratação**, evidências de **desnutrição**."

O preenchimento deve ser feito da seguinte forma:

Parte I	Tempo aproximado	CID
a –		
b – Desidratação	Ignorado	
c – Diarreia	Três dias	
d – Desnutrição	Ignorado	

Parte II
.....
.....

Exemplo de óbito fetal
"Mulher com diabetes mellitus desenvolveu uma toxemia severa durante a gravidez. A placenta descolou prematuramente, foi realizada uma cesárea e o feto morreu durante esse período." O preenchimento da causa de morte deve ser feito como a seguir:

Parte I	Tempo decorrido	CID
a –		
b – Anóxia fetal		
c – Descolamento prematuro de placenta	Ignorado	
d – Toxemia materna	Ignorado	

Parte II		
a – Diabetes Mellitus	Ignorado	

Como se depreende dos exemplos, a causa básica da morte deve ser anotada sempre na última linha (d).

II – Orientação para situações de morte indeterminada, com difícil acesso ao IML

As mortes de causas violentas imediatas ou tardias estão bem definidas e ordenadas em lei. O corpo do falecido estará tutelado pelo Estado até que seja realizada a perícia médico-legal quando então será o cadáver entregue à família ou a quem de direito (3).

As mortes de causa suspeita compreendem parte da morte violenta, até que se prove em contrário. Para que haja suspeição é preciso que haja o interesse ativo de quem suspeita, vinculado a uma justificativa. Quem suspeita tem a obrigação de comunicar a uma Autoridade Policial ou ao Ministério Público, que solicitarão a perícia médico-legal.

Os autores do Parecer 57/99 (3) do Conselho Federal de Medicina procuram deixar claro que morte suspeita é bem diferente de morte por causa desconhecida, mesmo que súbita. A morte por causa desconhecida deverá ser investigada por meio de necropsia clínica e anatomopatológica e não em perícia médico-legal.

Em caso de pacientes que falecem sem assistência médica, sem acompanhamento médico anterior, o atestado de óbito deverá ser preenchido:

1º por médico do Serviço de Verificação de Óbito, onde houver;

2º por médico de Pronto-Socorro ou de Posto de Saúde, ou exercendo atividade pública onde não houver serviço de verificação de óbito;

3º por outro médico, quando único na localidade em que falece o paciente.

No atestado de óbito deverá constar sempre "morte sem assistência médica".

III – Orientação para o caso em que os familiares não desejam seja o corpo encaminhado ao IML

A questão já foi contemplada nas respostas anteriores, mas, em síntese, podemos dizer:

• Casos de morte suspeita: a suspeição deverá ser comunicada à autoridade policial ou ao Ministério Público, que deverão solicitar a perícia médico-legal.

• Casos de morte de causa indeterminada, súbita, sem assistência médica: resposta no item II.

• Referências

1. Brasil – Leis e decretos. Registro Públicos. Lei 6.015 de 31 de dezembro de 1973.

2. CFM – Resolução 1.246/88. Código de Ética Médica.
3. CFM – Parecer 57/99, aprovado em 30/09/99.
4. CFM – Resolução 1.601/00.
5. Declaração de Óbito – Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde – Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Porto Alegre – 2001.
6. Ministério da Saúde – Fundação Nacional da Saúde. Cenepi. Coordenação de Informações e Análises da Situação de Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade – Manual de Procedimentos. Brasília. Coordenação de Comunicação, Educação e Documentação, 1999.

RESOLUÇÃO CFM 1.779/05

(D.O.U. 05/12/05, Seção I, p. 121)

Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM 1.601/00.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o que consta nos artigos do Código de Ética Médica:

"Art. 14. O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

É vedado ao médico:

Art. 39. Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 44. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação vigente.

Art. 110. Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda a verdade.

Art. 112. Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Art. 114. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 115. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta";

CONSIDERANDO que Declaração de Óbito é parte integrante da assistência médica;

CONSIDERANDO a Declaração de Óbito como fonte imprescindível de dados epidemiológicos;

CONSIDERANDO que a morte natural tem como causa a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que diretamente causaram o óbito;

CONSIDERANDO que a morte não natural é aquela que sobrevém em decorrência de causas externas violentas;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária realizada em 11 de novembro de 2005,

CONSIDERANDO:

Art. 1º O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte.

Art. 2º Os médicos, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, obedecerão às seguintes normas:

1) Morte natural

I. Morte sem assistência médica

a) Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos (SVO):
- A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do SVO.

b) Nas localidades sem SVO:
- A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento; na sua ausência, por qualquer médico da localidade.

II. Morte com assistência médica

a) A Declaração de Óbito deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente.

b) A Declaração de Óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua falta, por médico substituto pertencente à instituição.
c) A declaração de óbito do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência, ou pelo SVO;
d) A Declaração de Óbito do paciente em tratamento sob regime domiciliar (Programa Saúde da Família, internação domiciliar e outros) deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, ou pelo SVO, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento do paciente.

2) Morte fetal
Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a Declaração de Óbito quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm.

3) Mortes violentas ou não naturais

A Declaração de Óbito deverá, obrigatoriamente, ser fornecida pelos serviços médico-legais.

Parágrafo único. Nas localidades onde existir apenas um médico, este é o responsável pelo fornecimento da Declaração de Óbito.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM 1.601/00.

13.1 ESCLARECENDO AS DÚVIDAS MAIS COMUNS

1) Óbito ocorrido em ambulância com médico. Quem deve fornecer a Declaração de Óbito?

A responsabilidade do médico que atua em serviço de transporte, remoção, emergência, quando dá o primeiro atendimento ao paciente, equipara-se à do médico em ambiente hospitalar e, portanto, se a pessoa vier a falecer, caberá ao médico da ambulância a emissão da DO, se a causa for natural e se existirem informações suficientes para tal. Se a causa for externa, chegando ao hospital, o corpo deverá ser encaminhado ao Instituo Médico Legal (IML).

2) Óbito ocorrido em ambulância sem médico é considerado sem assistência médica?

Sim. O corpo deverá ser encaminhado ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO) na ausência de sinais externos de violência ou ao IML em mortes violentas. A DO deverá ser emitida por qualquer médico em localidades onde não houver SVO, em caso de óbito por causa natural, sendo declarado na parte I "causa da morte: desconhecida".

3) Para recém-nascido com 450g que morreu minutos após o nascimento, deve-se ou não emitir a DO? Considera-se óbito fetal?

O conceito de nascido vivo depende, exclusivamente, da presença de sinal de vida, ainda que esta dure poucos instantes. Se esses sinais cessaram, significa que a criança morreu e a DO deve ser fornecida pelo médico do hospital. Não se trata de óbito fetal, dado que existiu vida extrauterina. O hospital deve providenciar também a emissão da Declaração de Nascido Vivo, para que a família promova o registro civil do nascimento e do óbito.

4) Médico do serviço público emite DO para paciente que morreu sem assistência médica, Posteriormente, por denúncia, surge suspeita de que se tratava de envenenamento. Quais as consequências legais e éticas para esse médico?

Ao constatar o óbito e emitir a DO, o médico deve proceder a um cuidadoso exame externo do cadáver, a fim de afastar qualquer possibi-

lidade de causa externa. Como o médico não acompanhou o paciente e não recebeu informações sobre esta suspeita, não tendo, portanto, certeza da causa básica do óbito, deverá anotar, na variável causa, "óbito sem assistência médica". Mesmo se houver exumação e a denúncia de envenenamento vier a ser comprovada, o médico estará isento de responsabilidade perante a justiça se tiver anotado, na DO,, no campo apropriado, "não há sinais externos de violência" (campo 59 da Declaração de Óbito vigente).

5) Paciente chega ao pronto-socorro (PS) e, em seguida, tem parada cardíaca. Iniciadas as manobras de ressuscitação, não conseguem sucesso. O médico é obrigado a fornecer DO? Como proceder com relação à causa da morte?

Em primeiro lugar, deve-se verificar se a causa da morte é natural ou externa. Se a causa for externa, o corpo deverá ser encaminhado ao IML. Se for morte natural, médico deve esgotar todas as possibilidades para formular a hipótese diagnóstica, inclusive com anamneses e história colhida com familiares. Caso persista dúvida e na localidade exista SVO, o corpo deverá ser encaminhado para esse serviço. Caso contrário, o médico deverá emitir a DO esclarecendo que a causa é desconhecida.

6) Paciente idoso, vítima de queda de escada, sofre fratura de fêmur, é internado e submetido à cirurgia. Evoluía adequadamente, mas contrai infecção hospitalar, vindo a falecer, 12 dias depois, por broncopneumonia. Quem deve fornecer a DO e o que deve ser anotado com relação à causa da morte?

Segundo a definição, óbito por causa externa é aquele que ocorre em consequência direta ou indireta de um evento lesivo (acidental, não acidental ou de intenção indeterminada). Ou seja, decorre se uma lesão provocada por violência (homicídio, suicídio, acidente ou morte suspeita), qualquer que seja o tempo decorrido entre o evento e o óbito. O fato de ter havido internação e cirurgia e o óbito ter ocorrido 12 dias depois não interrompe essa cadeia. Importante é considerar o nexo de causalidade entre a queda que provocou a lesão e a morte. O corpo deve ser encaminhado ao IML e a DO emitida por médico legista. Este deve anotar na DO.

7) Médico de um município onde não existe IML é convocado pelo juiz local a fornecer atestado de óbito de pessoa vítima de acidente. O médico pode se negar a fazê-lo?

Embora a legislação determine que a DO para óbitos por causa externa seja emitida pelo IML, a autoridade policial ou judicial, com base no Código de Processo Penal, pode designar qualquer pessoa (de preferência as que tiverem habilitações técnicas) para atuar como perito legista ad hoc em municípios onde não existe o IML. Essa designação não é opcional, e a determinação tem que ser obedecida. O perito eventual prestará compromisso e seu exame ficará restrito a um exame externo do cadáver, com descrição, no laudo necroscópico, das lesões externas, se existirem. Anotar na DO as lesões, tipo de causa externa, mencionar o número do Boletim de Ocorrência.

8) Quando o médico for o único profissional da cidade, é dele a obrigação de emitir a DO após o exame externo do cadáver?

Se ele não prestou assistência ao paciente, deve examinar o corpo e, não havendo lesões externas, emitir a DO, anotando "causa da morte desconhecida" no lugar da causa, mencionando a ausência de sinais externos de violência. Usar a parte II do atestado médico para informar patologias anteriores referidas pela família e/ou acompanhantes do falecido, podendo os diagnósticos estar sinalizados com interrogação "(?)", ou os termos "sic" ou "provável"!. Havendo qualquer lesão, deverá comunicar à autoridade competente e, se for designado perito 'ad hoc', emitir a DO, anotando a natureza da lesão e as circunstâncias do evento, preenchendo os campos 56 e 60 do bloco VIII.

9) De quem é a responsabilidade de emitir a DO de doente transferido de hospital, clínica ou ambulatório para hospital de referência, que morre no trajeto?

Se o doente foi transferido sem o acompanhamento de um médico, mas com relatório médico que possibilite o diagnóstico da causa de morte, a DO poderá ser emitida pelo médico que recebeu o doente já em óbito, ou pelo médico que o encaminhou. Porém, se o relatório não permitir a conclusão da causa da morte, o corpo deverá ser

encaminhado ao SVO, ou, em caso de morte suspeita, ao IML. Se o doente foi transferido sem médico e sem relatório médico, ***o que é ilícito ético (Resolução CFM 1.672/03)***, a DO deverá ser emitida pelo médico que encaminhou, na impossibilidade, o corpo deverá ser encaminhado ao SVO, ou, em caso de morte suspeita, ao IML. Se o médico acompanhou a transferência, a DO será emitida por ele, caso tenha elementos suficientes para firmar o diagnóstico da causa de morte. Porém, se não tiver, o corpo deverá ser encaminhado ao SVO, ou, em caso de morte suspeita, ao DML. Em caso de óbito por causa natural, em localidades sem SVO, o médico que acompanhou ou recebeu o falecido, e não tenha elementos para firmar a causa básica do óbito, deve emitir a DO e declarar na parte I – "Morte de causa desconhecida". Usar a parte II para informar patologias referidas por acompanhantes, podendo usar interrogação "(?)", o os termos "sic" ou "provável" junto aos diagnósticos.

10) Quem deverá emitir a DO em caso de óbito de paciente assistido pelo Programa de Saúde da Família?

Homem de 54 anos, lavrador, apresenta perda de peso acentuada nos últimos três meses. Teve diagnóstico de câncer de esôfago no início do quadro, e foi submetido à cirurgia e sessões de radioterapia, que foram suspensas há um mês após constatação de metástases em vários órgãos. O paciente evoluiu para um quadro de caquexia e vinha recebendo atendimento domiciliar pelo médico do PSF que o visitava regularmente em casa. A família procura o médico na sede do Programa de Saúde da Família e comunica que, após a última visita, o paciente evoluiu com falta de ar, vindo a falecer no domicílio. O médico da família emitirá a DO, considerando-se que ele prestava assistência médica ao falecido, conhecia o quadro clínico apresentado nos últimos meses, bem como o prognóstico do quadro. Contudo, o médico deverá verificar pessoalmente o cadáver, após ter sido comunicado do óbito.

11) Como proceder para enterrar peças anatômicas amputadas?

O médico fornecerá um relatório sobre as circunstâncias da amputação, em receituário ou formulário próprio (nunca DO). A peça deverá ser sepultada ou incinerada.

12) Como proceder em caso de preenchimento incorreto da DO?

Se, por acaso, o médico incorrer em erro no preenchimento da DO, seja qual for o campo, deverá inutilizá-la, preenchendo outra corretamente. Porém, se a Declaração já tiver sido registrada em Cartório do Registro Civil, a retificação será feita medicante pedido judicial por advogado, junto à Vara de Registros Públicos ou similar. Nunca rasgar a DO. O médico deverá escrever *"anulada" na DO e devolvê-la à Secretaria de Saúde para cancelamento no sistema de informação.*

13) O médico pode cobrar honorários para emitir a DO?

Não. O ato médico de examinar e constatar o óbito, sim, poderá ser cobrado, desde que se trate de paciente particular, a quem o médico não vinha prestando assistência. Entenda-se que o diagnóstico da morte exige cuidadosa análise das atiidades vitais, pesquisa de reflexos e registro de alguns fenômenos abióticos, como perda da consciência, perda da sensibilidade, abolição da motilidade e do tônus muscular. (Parecer CFM 17/88)

Bibliografia

A Declaração de Óbito, Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina e Centro Brasileiro de Classificação de Doenças.

13.2 CONCEITOS IMPORTANTES

Óbito
Desaparecimento permanente de todo sinal de vida, em um momento qualquer depois do nascimento, sem possibilidade de ressuscitação, conforme definição da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Óbito por Causa Natural
Aquele cuja causa básica é uma doença ou um estado mórbido.

Óbito por causa Externa
Decorre de uma lesão provocada por violência (homicídio, suicídio, acidente ou morte suspeita), qualquer que seja o tempo decorrido entre o evento e o óbito.

Óbito Hospitalar
Morte que ocorre no hospital, após o registro do paciente, independentemente do tempo de internação.

Óbito Sem Assistência Médica
Óbito de paciente que não teve assistência médica durante a doença (campo 45 da DO).

Causa Básica da Morte
Doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.

Departamento Médico Legal (DML)
Órgão oficial que realiza necropsias em casos de morte decorrente de causas externas.

Serviço de Verificação de Óbito (SVO)
Órgão oficial responsável pela realização de necropsias empessoas que morreram sem assistência médica ou com diagnóstico de moléstia mal definida.

Nascido Vivo

A expulsão ou extração completa, do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta.

Óbito Fetal, Morte Fetal ou Perda Fetal

Morte de um produto de concepção antes da expulsão do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez. A morte do feto é caracterizada pela inexistência, depois da separação, de qualquer sinal descrito para o nascido vivo.

Atestado, Declaração e Certidão

"Atestado" e "declaração" são palavras sinônimas, usadas como o ato de atestar ou declarar. "Declaração de óbito" é o nome do formulário oficial no Brasil em que se atesta a morte. "Certidão de Óbito" é o documento jurídico fornecido pelo Cartório de Registro Civil após o registro do óbito.

Bibliografia

A Declaração de Óbito, Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina e Centro Brasileiro de Classificação de Doenças.

Capítulo 14

Contatos Setores do Cremers

Por dois mil anos o ensino médico foi feito com base nos aforismos de Hipócrates, muitos válidos ainda hoje. Observe-se o maior tamanho e o plano mais elevado do mestre em relação aos discípulos. (Manuscrito medieval, reproduzido de Facer S, McIntosh J.)

Capítulo 14

Contatos Setores do Cremers

Fone: (51) 3219.7544
Fax: (51) 3217.1968
E-mail: cremers@cremers.org.br

OPÇÃO	SETOR
1	Registro Médico PF
2	Registro de Empresa - PJ
3	SAT – Processos e Sindicâncias
4	Financeiro – Anuidades, taxas, etc.
5	Orientação sobre ética médica

Diretoria
Ramais 251 e 252 • e-mail: secdiretoria@cremers.org.br

Corregedoria e Corregedoria Adjunta
Ramais 119 e 130 - e-mail: sat@cremers.org.br

Departamento Jurídico
Ramal 127• e-mail: cremers@cremers.org.br

Ouvidoria/Consultoria
Ramais 158 e 242 • e-mail: ouvidoria@cremers.org.br

Codame – Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos
Ramal 240 • e-mail: codame@cremers.org.br

Comissão de Fiscalização
Ramal 241 • e-mail: fiacalização@cremers.org.br

Delegacias Seccionais
Ramal 243 • e-mail: coordds@cremers.org.br

Comissões
Ramais 247 e 243 - e-mail: comissoes@cremers.org.br

Câmaras Técnicas
Ramais 244 e 247 • e-mail: ct@cremers.org.br

Assessoria de Imprensa
Ramal 124 • e-mail: imprensa@cremers.org.br

Gerência
Ramal 122 • e-mail: gerencia@cremers.org.br

Central de Informática
Ramal 129 • e-mail: ci@cremers.org.br

Licitações
Ramal 143 • e-mail: licitações@cremers.org.br

Compras
Ramal 128 • e-mail: compras@cremers.org.br

Capítulo 15

Resoluções Cremers

Estudo de Jacob Toorenliet (1635-1719) – Médico visitando um paciente

Capítulo 15

Resoluções Cremers

Você encontra as resoluções em
www.cremers.org.br

Legislação
www.cremers.org.br/consultas /legislação

Nº	ASSUNTO
03/00	Cirurgia Plástica
04/00	Institui Câmaras Técnicas
01/01	Sigilo Médico
04/01	Eletroconvulsoterapia
07/02	Clínica Médica
01/03	Dispõe sobre o uso de óxido nitroso
03/05	Detran – Veda realização de Perícias
05/06	Regula a contratação de médicos instituições públicas e privadas
05/07	Presença de Médico em sala de recuperação
02/08	Registro de médicos formados no Exterior
09/09	Mandato para os membros CT
10/09	Regulamentação dos consultórios e clínica de cirurgia plástica
03/10	Normatiza a escolha de representantes do Cremers no interior nos municípios que não sejam sede das Delegacias Seccionais
05/10	Aprova oitiva nas Delegacias Seccionais
01/11	Dispõe sobre a responsabilidade pelo atendimento de plantão
02/11	Aprova modelos de atestado médico e atestado de comparecimentos, como referenciais a sem adotados nos Serviços de Urgência e Emergência
03/11	Disciplina a indicação dos representantes do Cremers junto aos Conselhos Municipais de Saúde
04/11	Dispõe sobre o conceito "Vaga Zero" e disciplina a conduta de médicos reguladores
05/11	Dispõe sobre o conceito "Vaga Zero" e disciplina a conduta de médicos reguladores
07/11	Dispõe sobre a relação do número de pacientes que devem ser atendidos por médicos nas áreas de emergência e urgência, conforme classificação de risco

08/11	Dispõe sobre prontuários médicos gerados em decorrência da assistência médica ao trabalhador
14/11	Dispõe sobre a coordenação dos médicos reguladores nos serviços públicos e dos médicos reguladores ou gerente de fluxos, nas unidades Porte III dos Atendimentos de Urgência e Emergência, conforme disciplinado pela Resolução Cremers 09/11
01/12	Estabelece as informações exigidas nos receituários médicos
08/12	Cria o Fórum Permanente das Faculdades de Medicina
04/13	Dispõe sobre a nomeação dos coordenadores Regionais das Delegacias Seccionais do Cremers.
05/13	Normatiza a atuação dos médicos incluídos no Projeto Mais Médicos no Brasil do Governo Federal no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul
01/14	Dispõe sobre o direito dos médicos de atenderem e internarem seus pacientes nas cidades em que haja um único hospital, mesmo que esse se destine ao atendimento exclusivo de pacientes pelo Sistema Único de Saúde
02/14	Disciplina a responsabilidade ética dos médicos supervisores e tutores acadêmicos no âmbito do "Projeto Mais Médicos para o Brasil"
03/15	Dispõe sobre as providências que devem ser tomadas quando do atendimento envolvendo complicações em casos de partos domiciliares e de partos hospitalares ou realizados em instituições de saúde por não médicos.
01/16	Disciplina as jurisdições das Delegacias Seccionais – ver páginas 221 a 226
04/16	Dispõe sobre os procedimentos e serem observados nos requerimentos de substituição de direção técnica dos estabelecimentos de saúde.
01/17	Dispõe acerca da renúncia, licença, vacância e substituição dos Delegados Seccionais, Secretários e respectivos suplentes, bem como nos casos de incompatibilidade de exercício do cargo
02/17	Dispõe acerca de normas éticas relativas à terceirização de serviços médicos

RESOLUÇÃO CREMERS 03/00

Refere-se ao exercício da especialidade de Cirurgia Plástica e dá outras providências.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei 3.268/57, regulamentada pelo Decreto 44.045/58,

CONSIDERANDO que a cirurgia plástica é uma especialidade médica reconhecida pelo CFM;

CONSIDERANDO que para sua prática a cirurgia plástica requer um conjunto de pré-requisitos e conhecimentos científicos e técnicos adquiridos na graduação e/ou pós-graduação (residência médica e/ou especialização);

CONSIDERANDO que a cirurgia plástica se propõe a corrigir alterações anatômicas, congênitas, degenerativas ou adquiridas e suas consequências, sendo exercida objetivando beneficiar os pacientes do ponto de vista anatômico, funcional e psicológico, visando sua reintegração à família e/ou à sociedade com reflexos sobre sua qualidade de vida;

CONSIDERANDO que a publicidade médica é matéria disciplinada pelo Código de Ética Médica, por Resolução específica do CFM e também pela legislação comum e penal – Lei 8.078/90, devendo a mesma submeter-se aos limites da discrição, sobriedade e veracidade, sendo proibida a propaganda enganosa;

CONSIDERANDO a diversidade de resposta biológica e as características genéticas dos pacientes ante o atual estado da técnica;

CONSIDERANDO que o trabalho médico se constitui numa atividade profissional de meio e não de resultado;

CONSIDERANDO, finalmente, a deliberação do Corpo de Conselheiros do Cremers, em Reunião Plenária realizada em 04 de julho de 2000.

RESOLVE:

Art. 1º Na cirurgia plástica, como em todos os demais procedimentos médicos, o profissional não pode prometer, garantir ou assegurar o sucesso do tratamento, tendo de informar correta e previamente o paciente sobre os benefícios e riscos dos procedimentos, obtendo do mesmo o consentimento após essa informação.

Art. 2º Quando atuar como consultor em assuntos da especialidade em publicações não científicas, o médico deve restringir sua participação exclusivamente aos aspectos educativos de tais matérias.

Art. 3º É vedada a divulgação sensacionalista ou promocional de procedimentos de cirurgia plástica na imprensa leiga sob a forma de anúncios publicitários, entrevistas e reportagens, bem como a exposição de imagens de atos médicos e/ou seus resultados em pacientes. A presente vedação não atinge as informações de caráter nitidamente educativo.

Art. 4º É vedada ao médico a divulgação de preços e custos com objetivos promocionais, bem como de financiamento de tratamentos.

Art. 5º É vedada a oferta de cirurgias plásticas como prêmios ou qualquer outra forma de promoção comercial ou de propaganda.

Art. 6º É vedada a execução de procedimentos de cirurgia plástica em locais que não possuam alvará ou licença de funcionamento expedidos pelos órgãos competentes e na forma de lei.

Art. 7º É vedada a execução de procedimentos de cirurgia plástica em locais que não apresentem segurança para a prática médica e eventuais intercorrências.

Art. 8º O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul promoverá, no uso de suas atribuições, a fiscalização, nesses locais, das condições do exercício da medicina e, especialmente, do cumprimento de suas Resoluções e daquelas do Conselho Federal de Medicina.

Art. 9º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Porto Alegre, 04 de julho de 2000.

Dr. Luiz Augusto Pereira
Presidente

Dr. Cláudio Balduíno Souto Franzen
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 04/00

Institui as Câmaras Técnicas no âmbito do Cremers.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958;

CONSIDERANDO que compete ao Cremers, como órgão supervisor e normatizador do exercício ético-profissional da medicina, zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, para um perfeito desempenho da atividade profissional médica;

CONSIDERANDO a necessidade de posicionamento técnico especializado sobre assuntos específicos;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Reunião Plenária de 01 de agosto de 2000;

RESOLVE:

Art. 1º Instituir as Câmaras Técnicas no âmbito da estrutura organizacional do Cremers;

Art. 2º As Câmaras Técnicas serão instituídas por Resolução;

Art. 3º As Câmaras Técnicas serão compostas por três ou cinco membros indicados pela diretoria, *ad referendum* do Plenário;

Art. 4º *Cada Câmara será coordenada por um conselheiro;*

Art. 5º As sociedades de especialidades médicas poderão indicar nomes de especialistas, para que a diretoria os escolha para compor as Câmaras Técnicas, de acordo com as necessidades, *ad referendum* do Plenário;

Art. 6º São atribuições das Câmaras Técnicas avaliar e emitir pareceres no âmbito da especialidade, restritos aos fatos, sem identificação das partes;

Parágrafo único. As manifestações das Câmaras Técnicas terão caráter opinativo, não sendo vinculativo.

Art. 7º As Câmaras Técnicas não poderão instruir sindicâncias;

Art. 8º A participação nas Câmaras Técnicas é honorífica;

Art. 9º A solicitação de afastamento como membro da Câmara Técnica dar-se-á por manifestação escrita;

Art. 10. O conjunto das Câmaras Técnicas será coordenado pelo presidente do Cremers, ou por sua Delegação;

Art. 11. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Porto Alegre, 01 de agosto de 2000.

Dr. Luiz Augusto Pereira
Presidente

Dr. Cláudio Balduíno Souto Franzen
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 01/01

Autoriza a Consultoria Jurídica do Cremers a tomar providências em defesa do médico processado ou ameaçado de processo por se negar a entregar documentos referentes a segredo médico.

Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul , no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que as Resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina têm força de lei no sentido substantivo no que diz respeito à Ética Médica no País;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM 1.246/88 – Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que frequentemente médicos são colocados em situação de constrangimento para que descumpram preceitos éticos ou Resoluções do Conselho Federal de Medicina e/ou Conselho Regional de Medicina;

CONSIDERANDO que o médico, quando na função de diretor clínico e/ou diretor técnico, tem sob sua guarda os prontuários médicos detalhando o diagnóstico e a história clínica dos pacientes;

CONSIDERANDO o parecer aprovado pelo plenário do Conselho Federal de Medicina 22/00 – protocolo 1.973/00, e a Resolução CFM 1.605/00;

CONSIDERANDO a decisão da Sessão Plenária de 09 de janeiro de 2001;

RESOLVE:

Art. 1º Fica autorizada a Consultoria Jurídica do Cremers a tomar todas as medidas administrativas e/ou jurídicas em defesa do médico que venha a ser processado ou ameaçado de processo por se negar a entregar documentos, ou a prestar informações que possam revelar o segredo médico, sem autorização do paciente;

Art. 2º Os procedimentos poderão ser realizados de forma direta ou por intermédio de terceiros devidamente autorizados pela diretoria do Cremers;

Art. 3º A ação do Cremers ocorrerá a requerimento do interessado aprovado pela diretoria do Cremers.

Porto Alegre, 09 de janeiro de 2001.

Dr. Marco Antônio Becker
Presidente

Dr. Cláudio Balduíno Souto Franzen
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO 04/01

Refere-se ao procedimento de eletroconvulsoterapia e dá outras providências.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268/57, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, Estatuto dos Conselhos Regionais de Medicina e Regimento Interno,

CONSIDERANDO que o procedimento de eletroconvulsoterapia carece de regulamentação anterior que estabeleça critérios mínimos para sua prática;

CONSIDERANDO o parecer Parcons 16/01, aprovado em Sessão Plenária de 05 de junho de 2001;

CONSIDERANDO o decidido pelo Plenário do Cremers nesta data;

RESOLVE:

Art. 1º Determinar aos médicos que, na prática de eletroconvulsoterapia (ECT), sejam obedecidas as seguintes condições:

I - A Eletroconvulsoterapia é um procedimento que depende de indicação médica precisa e que implica conhecimento técnico para sua aplicação;

II - É necessário o consentimento informado do paciente ou de seu responsável;

III - Suas indicações devem se restringir aos estados psiquiátricos com alto risco de vida ou de dano irreversível, e àqueles refratários ou que tenham contraindicações absolutas a tratamentos medicamentosos.

IV - A ECT é um procedimento que deve ser realizado no contexto de uma relação médico-paciente positiva e ética e tecnicamente competente para assegurar os cuidados clínicos necessários;

V - A aplicação será sempre sob indução anestésica e com os aparelhos de monitorização clínica indicados nesta situação;

VI - Os profissionais que devem estar presentes ao ato de ECT são ao menos um anestesista, responsável pela indução anestésica e monitorização das condições clínicas do paciente, um(a) (enfermeiro(a) que supervisione os trabalhos no âmbito de sua competência, um(a) auxi-

liar de enfermagem e um médico pertencente à equipe clínica que está tratando o paciente (o psiquiatra titular ou seu representante);

§1º A indicação correta depende da avaliação diagnóstica, não apenas da categoria nosológica, mas da situação clínica em que se encontra o paciente;

§ 2º O médico que a prescreve deve levar em conta o diagnóstico psiquiátrico, as condições físicas gerais do paciente e os medicamentos que eventualmente este esteja utilizando;

Art. 2º Na prática da eletroconvulsoterapia deve ser observado à risca o disposto nas Resoluções CFM 1.363/93 e 1.409/94, que estabelecem as condições mínimas de segurança em ato anestésico e em atos cirúrgicos e endoscópicos ambulastoriais, respectivamente.

Art. 3º A presente Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 03 de julho de 2001.

Dr. Marco Antônio Becker
Presidente

Dr. Cláudio Balduíno Souto Franzen
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 07/02

Cria a Câmara Técnica de Clínica Médica.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das suas atribuições que lhe são conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a necessidade de o Cremers posicionar-se sobre assuntos técnicos especializados;

CONSIDERANDO o que foi estabelecido na Resolução Cremers 04/00;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros, realizada em 04/06/02,

RESOLVE:

Art. 1º Criar a Câmara Técnica de Clínica Médica;

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Porto Alegre, 02 de julho de 2002.

Dr. Marco Antônio Becker
Presidente

Dr. Cláudio Balduíno Souto Franzen
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 01/03

Dispõe sobre o uso de óxido nitroso.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional (CEM, art. 2º);

CONSIDERANDO que, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente, as relações do médico com os demais profissionais em exercício na área da saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um;

CONSIDERANDO que o óxido nitroso, pode provocar hipoxiadifusional, neuropatia, parada cardíaca, interferência na hematopoiese, pneumotórax e embolia aérea;

CONSIDERANDO os riscos que poderão advir de interação medicamentosa;

CONSIDERANDO que os riscos podem exigir imediata intervenção do médico com material de reanimação (cardiorrespiratório) disponível;

CONSIDERANDO que para a detecção precoce dos efeitos adversos é imprescindível a monitorização;

CONSIDERANDO a Resolução do Conselho Federal de Medicina 1.536, aprovada em sessão plenária de 11 de novembro de 1998.

CONSIDERANDO que a Resolução CFO 32/02, art. 2º, determinou que o cirurgião-dentista somente poderá executar trabalhos profissionais em pacientes sob anestesia geral quando a mesma for executada por médico especialista e em ambiente hospitalar que disponha das indispensáveis condições comuns a ambientes cirúrgicos;

CONSIDERANDO que outros profissionais não médicos vêm realizando cursos para a utilização do óxido nitroso em consultório;

CONSIDERANDO o parecer da Câmara Técnica de anestesia do Cremers;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros, realizada em 07 de janeiro de 2003.

RESOLVE:

Art. 1º A utilização do óxido nitroso deverá ser reservada para uso exclusivo em ambiente dotado de recursos indispensáveis à completa segurança do ato médico.

Art. 2º O uso do óxido nitroso é de exclusiva competência do médico.

Art. 3º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Porto Alegre, 07 de janeiro de 2003.

Dr. Marco Antonio Becker
Presidente

Dr. Cláudio Balduíno Souto Franzen
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 03/05

Veda a realização de perícias por médicos proprietários de CFCs.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei 11.000/04, de 15 de dezembro de 2004.

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

CONSIDERANDO que a atuação do médico como perito em Centro de Formação de Condutores de que seja proprietário ou tenha interesse afronta os princípios éticos da isenção do exame pericial;

CONSIDERANDO que, de acordo com o art. 9º do Código de Ética Médica, a Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária de 03 de maio de 2005;

RESOLVE:

Art. 1º Vedar aos médicos peritos do Detran a realização de perícias em Centros de Formação de Condutores (CFCs) dos quais sejam proprietários ou tenham qualquer forma de interesse comercial.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

Porto Alegre, 04 de maio de 2005.

Dr. Marco Antonio Becker
Presidente

Dr. Fernando Weber Matos
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 05/06

Dispõe sobre o ingresso de médicos em instituições públicas e privadas de atenção à saúde.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições, que são conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1.958, e tendo em vista o disposto na Lei 11.000, de 15 de dezembro de 2004,

CONSIDERANDO as disposições contidas na Resolução CFM 1.246/88, principalmente nos incisos II, III, IV, V e VI do preâmbulo e arts. 4º, 17, 19, 30, 38 e 142 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO as disposições contidas na Resolução CFM 1.342/91, que regula as atribuições e responsabilidades do diretor técnico e do diretor clínico;

CONSIDERANDO a necessidade de prevenir a prática de exercício ilegal da profissão médica no Estado do Rio Grande do Sul;

CONSIDERANDO a prática de crimes de estelionato, de falsidade ideológica e de periclitação de vida por parte de pessoas que se intitulam médicos, usando o número de inscrição e o nome dos médicos habilitados neste Regional e, finalmente,

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária de 09 de maio de 2006;

RESOLVE:

Art. 1º O ingresso de médicos em instituições públicas ou privadas de atenção à saúde deverá ser precedido de cuidadosa verificação da habilitação legal do profissional no Estado, bem como de sua perfeita identificação pessoal;

Art. 2º As instituições e as empresas tomadoras de serviços médicos deverão manter o cadastro de todos os profissionais em atividade e somente permitir que pratiquem procedimentos após a confirmação inequívoca da habilitação legal de cada um.

Art. 3º Ocorrendo a suspeita ou a efetiva verificação de exercício ilegal da Medicina, compete às instituições e às empresas tomadoras de serviços médicos, independentemente de outras medidas pertinen-

tes, comunicar o fato, de imediato, ao Cremers, instruindo a representação com os documentos de prova ou de indícios;

Parágrafo único. Havendo dúvida, deverá ser consultado o Cremers.

Art. 4º É de responsabilidade solidária dos responsáveis técnicos, dos diretores técnicos e diretores clínicos das instituições e das tomadoras de serviços, a observância rigorosa das disposições contidas na presente resolução;

Art. 5º Às Comissões de Ética Médica das instituições de saúde compete fiscalizar o cumprimento das disposições desta Resolução, e representar perante o Cremers quando necessário;

Art. 6º Os Responsáveis Técnicos, os diretores técnicos e os diretores Clínicos deverão promover a completa atualização de seus cadastros de médicos no prazo de noventa dias, a contar da vigência da presente Resolução.

Art. 7º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Porto Alegre, 09 de maio de 2006.

Dr. Luiz Augusto Pereira
Presidente

Dr. Joaquim José Xavier
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 05/07

Dispõe sobre a necessidade de médico em sala de recuperação pós-anestésica, preferencialmente anestesiologista.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul no uso de suas atribuições, que são conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, de 19 de julho de 1958 e Lei 11.000, de 15 de dezembro de 2004; e

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que é dever do médico guardar absoluto respeito pela vida humana, não podendo, em nenhuma circunstância, praticar atos que a afetem ou concorram para prejudicá-la;

CONSIDERANDO os riscos inerentes ao estado pós-anestésico dos paciente submetidos a cirurgias;

CONSIDERANDO a Resolução CFM 1.802/06;

CONSIDERANDO a decisão da Sessão Plenária de 03 de abril de 2007.

RESOLVE:

Art. 1º É obrigatória a presença constante de médico, preferencialmente anestesiologista na sala de recuperação pós-anestésica.

Art. 2º O diretor técnico da instituição será o responsável pela aplicação desta Resolução.

Art. 3º Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 03 de abril de 2007.

Dr. Marco Antônio Becker
Presidente

Dr. Fernando Weber Matos
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 02/08

Dispõe sobre diligências complementares necessárias ao registro de médicos formados em faculdades do Exterior.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e,

CONSIDERANDO que o art. 5º, inciso XIII, da Constituição Federal de 1988, assegura ser livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer;

CONSIDERANDO que o art. 2º da Lei 3.268/57 dispõe que os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

CONSIDERANDO que de acordo com o art. 15, letra "c", da Lei 3.268/57 os Conselhos Regionais de Medicina são incumbidos da fiscalização do exercício da profissão médica;

CONSIDERANDO que de acordo com o art. 15, letra "h", da Lei 3.268/57 os Conselhos Regionais de Medicina são incumbidos de promover, por todos os meios a 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;

CONSIDERANDO o disposto no § 3º do art. 2º do Decreto 44.045/58, que autoriza os Conselhos Regionais de Medicina a exigir dos postulantes à inscrição "outros documentos que sejam julgados necessários para a complementação da inscrição";

CONSIDERANDO os casos comprovados de diplomas falsos apresentados por pessoas supostamente formadas no Exterior;

CONSIDERANDO que há faculdades no Exterior que ministram "cursos" de medicina sem estarem autorizadas pelos respectivos Ministérios da Educação.

RESOLVE:

Art. 1º Nos processos administrativos de inscrição cujos interessados sejam formados em faculdades estrangeiras, deverão ser observadas as diligências a seguir expostas, sem prejuízo dos demais documentos exigidos no Manual Técnico Disciplinar:

I – expedir ofício ao Ministério da Educação do País de origem para que informe se a faculdade em questão é oficialmente reconhecida para oferecer o curso de Medicina e qual o ato normativo autorizativo;

II – expedir ofício à faculdade emissora do diploma, para que informe se o postulante à inscrição efetivamente colou grau naquela instituição no curso de Medicina;

III – expedir ofício à faculdade que revalidou o diploma para que confirme a efetiva revalidação, bem como informe se o ato foi realizado mediante regular processo de avaliação na forma da Lei, ou se por ordem judicial, neste caso devendo ser informada a fase do respectivo processo judicial.

Art. 2º As determinações constantes do art. anterior não excluem a possibilidade de serem determinadas novas diligências ou exigida a apresentação de novos documentos que se julguem necessários ao pedido de inscrição.

Art. 3º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Porto Alegre, 13 de fevereiro de 2008.

Dr. Marco Antonio Becker
Presidente

Dr. Fernando Weber Matos
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 09/09

Dispõe sobre o mandato para os membros das Câmaras Técnicas.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das suas atribuições, que são conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n. 44.045, de 19 de julho de 1958, e,

CONSIDERANDO a Resolução Cremers 04/00, que instituiu as Câmaras Técnicas;

CONSIDERANDO a Resolução Cremers 01/07, que criou o cargo de coordenador das Câmaras Técnicas;

RESOLVE:

Art. 1º Os membros das Câmaras Técnicas serão nomeados em sessão plenária.

Art. 2º O mandato dos membros das Câmaras Técnicas se extinguirá automaticamente com o término do mandato dos conselheiros, no dia 30 de setembro de cada quinquênio.

Parágrafo único. Fica ressalvada a possibilidade de os membros das Câmaras Técnicas serem destituídos da função a qualquer tempo, por decisão do corpo de conselheiros.

Art. 3º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Porto Alegre, 01 de setembro de 2009.

Dr. Cláudio Balduíno Souto Franzen
Presidente

Dr. Fernando Weber Matos
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 10/09

Regulamentação dos consultórios e clínicas especializadas em que se realizam procedimentos médicos em cirurgia plástica.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3.268, de 30 de Setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de Julho de 1958 e Lei 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO que é dever do médico guardar absoluto respeito pela vida humana, não podendo, seja qual for a circunstância, praticar atos que afetem ou concorram para prejudicá-la;

CONSIDERANDO que o médico deve envidar o máximo esforço na busca da redução de riscos na assistência aos seus pacientes;

CONSIDERANDO que é direito do médico indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitadas as normas legais do País;

CONSIDERANDO a regulamentação da prática cirúrgica ambulatorial prevista na Resolução CFM 1.409/1994;

CONSIDERANDO os equipamentos e medicamentos indispensáveis nos locais onde ocorra procedimento médico sob sedação, determinados na Resolução CFM 1.670/03;

CONSIDERANDO os parâmetros éticos para procedimento e cirurgia plástica emanados pela Resolução CFM 1.621/01,

CONSIDERANDO a Resolução CFM 1.671/03 que normatiza atendimentos de urgência e emergência;

CONSIDERANDO os parâmetros de segurança a serem observados nas cirurgias de lipoaspiração contidos na Resolução CFM 1.711/03;

CONSIDERANDO as condições mínimas de segurança para a prática de anestesia, previstas na Resolução CFM 1.802/06;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentação dos consultórios e clínicas especializadas onde se realizam procedimentos médicos em cirurgia plástica e

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul 01 de setembro de 2009,

RESOLVE:

Art. 1º Classificar os locais de atendimento para procedimentos médicos de cirurgia plástica em consultório (Porte I) e clínicas especializadas (Portes II e III) e normatizar os procedimentos ali realizados.

§ 1º O consultório e as clínicas especializadas em procedimentos de cirurgia plástica obedecerão as normas gerais e específicas do Ministério da Saúde e das Coordenadorias de Vigilância Sanitária Estadual e Municipais.

§ 2º É obrigatória a documentação comprobatória de que há garantia de transporte especializado e internação hospitalar frente a eventuais intercorrências emergenciais.

Art. 2º No consultório (Porte I) poderão ser realizados os seguintes procedimentos médicos:

a) consulta médica;

b) orientação quanto à necessidade de exames complementares pré-operatórios;

c) orientação quanto aos cuidados pertinentes ao pós-operatório;

d) fotografias de pacientes, quando necessárias, para documentação em prontuário, após autorização escrita e assinada;

e) esclarecimento aos pacientes quanto aos procedimentos a que serão submetidos, tempo estimado do procedimento e riscos anestésicos e cirúrgicos, bem como Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado;

f) Realização de curativos e a retirada de pontos com técnica, material e equipamentos adequados.

Art. 3º Na Clínica especializada de Porte II poderão ser realizados os procedimentos médicos em cirurgia plástica:

a) classificados de risco ASA 1;

b) que não necessitam de acesso venoso para infusão de medicamentos, exceto retoques de lipoaspiração de aproximadamente 250 ml;

c) que forem isentos de sedação inalatória, oral ou parenteral;

d) que não comprometam a permeabilidade de vias aéreas;

e) que não obriguem a utilização máxima de 3,5 mg/Kg de lidocaína a 2%, diluída ou não;

f) exerese de nevos;

g) ablação de cistos sebáceos e pequenos tumores superficiais;

h) retirada de lesões pigmentadas;

i) infiltração de alterações cicatriciais;

j) exerese de cicatrizes até 10 cm em sua maior extensão.

Art. 4º Na Clínica especializada de Porte III poderão ser realizados, além dos previstos na de Porte II, os demais procedimentos, incluindo aqueles que exijam qualquer tipo de sedação e a presença obrigatória de anestesiologista, conforme determinam as Resoluções do CFM 1.802/06 e 1.670/03.

Art. 5º Quando houver pernoite do paciente, é obrigatória a presença de médico plantonista.

Art. 6º A relação de materiais, fármacos e equipamentos das clínicas especializadas consta nos Anexos I, II, III e IV.

Art. 7º Os anexos e as listas de equipamentos, instrumental, materiais e fármacos que obrigatoriamente devem estar disponíveis no ambiente onde se realiza qualquer anestesia e procedimentos médicos em cirurgia plástica, e que integram esta resolução, serão periodicamente revisados.

Art. 8º O médico elaborará e manterá prontuário completo de todos pacientes, contendo os dados relativos à consulta médica, pormenores dos procedimentos cirúrgicos efetuados, evolução, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Art. 9º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Porto Alegre, 01 de setembro de 2009.

Dr. Cláudio Balduíno Souto Franzen
Presidente

Dr. Fernando Weber Matos
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 05/10

Autoriza a oitiva de testemunhas na instrução dos processos ético-profissionais através dos Delegados Seccionais no interior do Estado.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e Lei 11.000 de 15 de dezembro de 2004,

RESOLVE:

Art. 1º Fica autorizada a oitiva de testemunhas, para instrução dos processos ético-profissionais, nas sedes das Delegacias Seccionais;

Art. 2º A oitiva será obrigatoriamente conduzida pelo Delegado Seccional, cuja conduta deverá pautar-se rigorosamente pelo roteiro anexo a esta Resolução;

Art. 3º A oitiva nas Delegacias Seccionais somente será autorizada excepcionalmente, a critério do conselheiro instrutor ou corregedor e aprovada pelo presidente, quando as circunstâncias revelarem a impossibilidade de a testemunha se deslocar até a sede do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul;

Art. 4º Revogam-se as disposições em contrário.

Sala de Sessões, 09 de novembro de 2010.

Dr. Fernando Weber Matos
Presidente

Dr. Rogério Wolf de Aguiar
Primeiro-Secretário

ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DE AUDIÊNCIAS PELOS DELEGADOS SECCIONAIS

Aprovado pela Resolução Cremers 05/10

1. Na sala de audiências devem estar presentes o delegado seccional (responsável pela coordenação dos trabalhos) e um secretário (responsável pelos registros). Permite-se a presença das partes e de seus advogados desde o início da audiência. As testemunhas devem aguardar em outra sala. É terminantemente proibida a presença de terceiros, mesmo que parentes ou amigos das partes, na sala.

2. Observar que existem dois documentos distintos produzidos em audiências: o termo de depoimento da testemunha e a ata de sessão. O termo de depoimento da testemunha deve ser individual para cada testemunha, devendo constar a sua qualificação e a transcrição de suas respostas. A ata de sessão é o documento produzido ao final, na qual constarão os registros dos fatos ocorridos na audiência (quem foi ouvido, testemunhas ausentes, eventuais requerimentos, impugnações às testemunhas ou perguntas e assim por diante). Importante que a ata de sessão já esteja disponível no início da sessão, para que todos os incidentes sejam transcritos no momento oportuno (exemplo, se uma pergunta for impugnada). O termo de depoimento é assinado pela testemunha e por todos os demais presentes na sala. A ata de sessão é assinada ao final da audiência por todos os presentes, à exceção das testemunhas. Se qualquer dos documentos for mais extenso que uma folha, as primeiras folhas devem ser rubricadas por todos e a última assinada.

3. As testemunhas serão ouvidas **separadamente**, e **sucessivamente**, primeiro a(s) do(s) denunciante(s) e depois a(s) do(s) denunciado(s), conforme art. 21, parágrafo único do Código de Processo Ético-Profissional: "Art. 21 Parágrafo único. A(s) testemunha(s) será(ão) inquirida(s) separadamente e sucessivamente, primeiro a(s) do(s) denunciante(s) e depois a(s) do(s) denunciado(s), **providenciando-se que uma não ouça o depoimento das outras**." A testemunha deve prestar seu testemunho, assinar o termo de depoimento e se retirar. É vedada a permanência da testemunha na sala para acompanhamento das demais oitivas. É vedada a interferência das partes e advogados no depoimento das testemunhas.

4. Sob nenhuma hipótese, será admitida a oitiva das testemunhas arroladas pelo denunciado antes de se encerrar a oitiva das testemu-

nhas indicadas pelo denunciante. As testemunhas dos denunciantes devem sempre ser ouvidas em primeiro lugar. Se eventualmente uma das testemunhas do denunciante não comparecer, e as testemunhas dos denunciados estiverem presentes, se deve ouvir todas as testemunhas do denunciante presentes **e encerrar o ato sem ouvir as testemunhas do denunciado.** Deve ser aprazada uma nova data para oitiva das testemunhas ausentes do denunciante, e após, para inquirição das arroladas pelo denunciado. A única exceção ocorrerá se o advogado do denunciante, caso esteja presente, venha desistir da oitiva da testemunha ausente, quando então poderão ser ouvidas as testemunhas do denunciado (este fato deve ser consignado na ata da sessão, por exemplo, "o procurador do denunciante desistiu da oitiva da testemunha tal").

5. Quando do depoimento das testemunhas, do denunciante, da instrução ou do denunciado, seguir a seguinte ordem de trabalho:

a) solicitar documento de identificação pessoal e registrar todos os dados no termo de depoimento (nome, profissão, estado civil, endereços residencial e profissional e telefone);

b) após, ler para a testemunha o art. 21 do Código de Processo Ético Profissional "Art. 21. A testemunha declarará seu nome, profissão, estado civil e residência bem como se é parente e em que grau de alguma das partes, ou quais suas relações com qualquer delas, e relatará o que souber, explicando, sempre, as razões de sua ciência";

c) registrar na ata de depoimento se a testemunha é parente (grau), amigo íntimo, inimigo de quaisquer das partes ou se tem interesse direto no litígio. Caso a pessoa se declare nessa situação, registrar na ata de depoimento que a pessoa será ouvida como "informante". Caso contrário, apenas consignar que "não é parente, amigo íntimo ou inimigo de quaisquer das partes" e prosseguir normalmente.

d) o primeiro a perguntar é o delegado seccional, que deve indagar a testemunha de acordo com os quesitos que lhe foram encaminhados pelo instrutor e ditar as respostas ao secretário para o devido registro no termo de inquirição;

e) após, a ordem para iniciar as perguntas é da parte que arrolou as testemunhas. O denunciante (ou advogado) pergunta em primeiro lugar para as testemunhas por ele arroladas e vice-versa. Quando se tratar de testemunha da instrução, após os quesitos encaminhados pelo instrutor, o denunciante (ou seu advogado) pergunta e depois o denunciado (ou seu advogado).

f) As perguntas não devem ser feitas diretamente, mas sempre dirigidas ao delegado seccional, que as formulará às testemunhas, que responderão ao delegado. Dessa forma, mantém-se a ordem na audiência. As respostas devem ser transcritas de forma fidedigna no termo de inquirição, após cada resposta, sem que haja interpretação do que o depoente falou (o delegado seccional dita as respostas ao secretário). Não deixar para transcrever as respostas ao final. Estando a parte representada por advogado, caberá a este formular as perguntas. Caso as perguntas dos denunciantes ou denunciados tenham sido encaminhadas através de quesitos, perguntar exatamente como consta no respectivo texto, sempre respeitando a ordem de inquirição constante da alínea "e".

g) encerrado o depoimento, todos os presentes devem assinar o respectivo termo de depoimento.

6. Se, em algum momento, ocorrer uma impugnação a uma pergunta feita, o fato deve ser registrado na ata da sessão, devendo ser propiciada a outra parte interessada igual manifestação para defender a pertinência da pergunta, com a posterior permissão para que a testemunha responda. Todas essas manifestações devem ser registradas na ata da sessão (não no termo de depoimento). Pertinente ou não a pergunta, deve-se registrar a resposta da testemunha na ata.

7. Caso se forme uma controvérsia sobre a imparcialidade da testemunha, registrar na ata da sessão (não no termo de depoimento) as manifestações das partes e ouvir a pessoa normalmente, esclarecendo que o processo será encaminhado à assessoria jurídica para análise e parecer sobre como deve ser valorada a prova.

8. De igual forma, eventual solicitação das partes deve ser consignada na ata da sessão, não devendo ocorrer qualquer decisão a respeito por parte do delegado seccional. Cabe aos conselheiros instrutor e corregedor a análise de eventuais requerimentos posteriormente.

9. Encerrados os depoimentos e manifestações, é feita uma ata de sessão, em que constarão os registros da audiência (por exemplo, foram ouvidas as testemunhas João de Tal e Carlos de Tal), todos os requerimentos (por exemplo, o denunciado postulou a juntada do documento tal), bem como manifestações diversas das partes ou advogados (impugnações a perguntas ou "contraditas" – ou seja, alegação de suspeição ou impedimento de depor das testemunhas). Todos os presentes assinam a ata de sessão, à exceção de testemunhas, conforme já referido.

10. Caso a audiência não se realize pela ausência de testemunhas, por exemplo, deve ser lavrada uma ata de sessão não realizada, também assinada por todos, menos as testemunhas.

11. Eventuais dúvidas devem ser esclarecidas no momento da audiência com a SAT ou Assessoria Jurídica do Cremers, por telefone.

RESOLUÇÃO CREMERS 01/11

Dispõe sobre a responsabilidade pelo atendimento de plantão.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das suas atribuições, que são conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e,

CONSIDERANDO que o art. 9º do Código de Ética Médica dispõe ser infração ética deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.

CONSIDERANDO que na ausência de médico plantonista substituto, a direção técnica do estabelecimento de saúde deve providenciar a substituição.

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 04 de janeiro de 2011.

RESOLVE:

Art. 1º Constatada a ausência do médico plantonista substituto, o médico plantonista que finalizou o seu horário de atendimento deve dar ciência do fato de imediato ao diretor técnico da instituição.

Art. 2º A responsabilidade pela continuidade do atendimento médico de plantão é do diretor técnico, a quem cabe adotar as medidas necessárias para organizar a escala de plantão, inclusive com prévia designação de substitutos em situações de ausências, para que o atendimento seja prestado de forma ininterrupta em qualquer circunstância.

Art. 3º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 04 de janeiro de 2011.

Dr. Fernando Weber Matos
Presidente

Dr. Rogério Wolf de Aguiar
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 002/11

Aprova modelos de atestado médico e atestado de comparecimento, como referenciais a serem adotados nos Serviços de Urgência e Emergência.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e,

CONSIDERANDO que o atestado médico para fins de abono de trabalho é o documento que contempla o direito do paciente e atende ao disposto no art. 6º, § 1º, letra "f" e § 2º, da Lei 605, de 5 de janeiro de 1949, e ao art. 91 do Código de Ética Médica, não podendo ser substituído por outros documentos médicos sob qualquer justificativa;

CONSIDERANDO o parecer CFM 17/10, o qual determina que o médico, mesmo nos Serviços de Urgência e Emergência, está obrigado ao fornecimento de atestado médico, se solicitado pelo paciente;

CONSIDERANDO que o médico, nos Serviços de Urgência e Emergência, não conhece previamente o paciente, tampouco esse escolhe o profissional que lhe prestará atendimento, devido à necessidade imperiosa de imediata solução dos agravos à saúde;

CONSIDERANDO que o atendimento nos Serviços de Urgência e Emergência constitui situação especial, na qual há manifestação aguda da doença, tempo exíguo para atendimento e demanda de conduta imediata;

CONSIDERANDO que os atestados médicos nos Serviços de Urgência e Emergência são emitidos em situação especial, a qual deve ser esclarecida ao paciente, sobretudo quanto à necessidade de acompanhamento do caso por outro médico;

CONSIDERANDO que a Resolução CFM 1.851/08 disciplina a conduta dos médicos assistentes no encaminhamento de pacientes para perícia, não se enquadrando nessa hipótese os médicos que atuam nos Serviços de Urgência e Emergência;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 25 de janeiro de 2011.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar os modelos de atestado médico e atestado de comparecimento anexos, como referenciais a serem adotados nos Serviços de Urgência e Emergência.

Art. 2º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

MODELOS

SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Atesto, para os devidos fins, que:
o(a) Sr(a) _____ compareceu
neste Serviço, das _____ às _____.

em atendimento
em acompanhamento de _____

_____/____/_____ _____
Data Nome do médico, CRM e assinatura

Porto Alegre, 25 de janeiro de 2011.

Dr. Fernando Weber Matos
Presidente

Dr. Rogério Wolf de Aguiar
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 003/11

Disciplina a indicação dos representantes do Cremers junto aos Conselhos Municipais de Saúde.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das suas atribuições que lhe são conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e Lei 11.000 de 15 de dezembro de 2004,

CONSIDERANDO o fato de grande número de Prefeituras Municipais do Estado do Rio Grande do Sul solicitarem a indicação de médico representante deste Conselho Regional de Medicina para a atuação perante os Conselhos Municipais de Saúde;

CONSIDERANDO que deve existir um critério para a indicação dos representantes;

CONSIDERANDO, ainda, que deve existir um critério para que seja este Conselho Regional de Medicina informado a cerca do trabalho desenvolvido pelos médicos em cada localidade;

RESOLVE:

Art. 1º Os médicos representantes do Cremers perante os Conselhos Municipais de Saúde devem ser atuantes e domiciliados nas respectivas localidades para as quais estejam sendo solicitados;

Art. 2º O Delegado Regional do Cremers representante da localidade deve elaborar listagem contendo até três nomes de médicos que ali atuem e residam e enviá-la ao Cremers, a fim de que se proceda a escolha em Reunião de diretoria, após verificação da situação cadastral dos indicados nas Secretarias Operacional e de Assuntos Técnicos deste ente.

Art. 3º A atividade desenvolvida pelo médico indicado será honorífica, não fazendo jus à verba de representação ou de qualquer outra natureza;

Art. 4º Aos médicos escolhidos será enviada correspondência com Aviso de Recebimento, a fim de cientificá-los da indicação, devendo estes manifestar a aceitação no prazo indicado nesta Correspondência, por escrito, ao Cremers.

Art. 5º O médico que aceite ser representante de Conselho Municipal de Saúde deverá elaborar relatório e enviá-lo a este Conselho após a ocorrência de cada reunião de que participe, a fim de cientificar a este ente as ações que vêm sendo desempenhadas na área da saúde em cada município.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 07 de junho de 2011.

Dr. Fernando Weber Matos
Presidente

Dr. Rogério Wolf de Aguiar
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 004/11

Dispõe sobre o conceito Vaga Zero e disciplina a conduta de médicos reguladores.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das suas atribuições, que são conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e,

CONSIDERANDO as disposições do CEM, Capítulo 1º, incs. I, II, III e VIII, e Capitulo 2º Incs. III e IV, art. 1º e 32;

CONSIDERANDO que as Instituições Hospitalares possuem uma determinada capacidade instalada operacional nos serviços de emergência em condições de prestar assistência médica qualificada, seguindo os critérios científicos da medicina;

CONSIDERANDO os danos, muitas vezes irreversíveis, ocorridos quando não é respeitada a capacidade instalada operacional;

CONSIDERANDO a responsabilidades ética, civil e criminal dos médicos, equipe de saúde e hospitais, como pessoal e intransferível, quando aceita atender além da capacidade operacional instalada;

CONSIDERANDO que no momento em que é atingida a capacidade operacional instalada deve se suspender o atendimento de novos casos evitando, assim, danos aos pacientes e a má prática médica;

CONSIDERANDO a resolução CFM 1.672/03 - art. 1º, Inc. IV: *"O médico antes de decidir a remoção do paciente, deve realizar contato com o médico receptor ou diretor* técnico *do Hospital de destino e ter a concordância do mesmo e a disponibilidade de atendimento".*

CONSIDERANDO parecer CFM 34/05 e Portaria 2.048/02 do MS em que é obrigatório o contato prévio do médico regulador com o serviço ou Instituição receptora de pacientes;

CONSIDERANDO a inexistência de vagas no serviço ou Instituição Hospitalar:

RESOLVE:

Art. 1º O Conceito Vaga Zero da Portaria 2.048 do MS, que permite que pacientes sejam entregues a Hospitais, **sem vagas**, lotado, não deve ser aceito, pois afronta:

a) Princípio da Dignidade da Pessoa Humana – art. 1º e 3º da Constituição da República, e viola os Direitos Fundamentais à vida e à saúde – art. 5º e 6º da Lei Maior, pois obriga os pacientes a ficarem sem condições mínimas de atendimento por falta de instalações, médicos e equipe de saúde, ficando em corredores, macas, cadeiras e outras situações precárias, impedindo o bom atendimento médico. A vaga zero é, portanto uma medida drástica que não resolve a situação, pois transfere a responsabilidade dos gestores públicos a hospitais, não atendendo o direito à vida e a saúde dos pacientes.

b) A conduta do médico no exercício profissional está pautada na saúde e bem estar do paciente, conforme determina o inciso I do Capítulo 1º do CEM: *O alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano em benefício do qual, deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional* – Princípio fundamental do exercício da medicina. O médico deve, portanto, atender de acordo com a capacidade operacional instalada. Quando obrigado atender acima desta capacidade, deve comunicar ao diretor técnico, Cremers, Gestor Público e Ministério Público. O diretor técnico é o responsável pelas condições de trabalho e de todas as consequências advindas do mau atendimento.

c) O médico regulador não deve utilizar o conceito vaga zero, deve aceitar a inexistência de leitos vagos e direcionar os pacientes para outras instituições que tenham leitos vagos, sob pena de violar os direitos fundamentais do cidadão, previstos na Constituição da República Federativa do Brasil e, contrariar o inciso I do Capítulo 1º do CEM.
d) O Médico regulador, frente ao problema da vaga zero **deve acionar e repassar** o problema aos gestores públicos e ao Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul.

Art. 2º O descumprimento desta Resolução implica falta ética, nos termos do Código de Ética Médica, sujeito a sanções previstas em Lei.

Art. 3º Revogam-se as disposições em contrário.

Porto Alegre, 04 de janeiro de 2011.

Dr. Fernando Weber Matos
Presidente

Dr. Rogério Wolf de Aguiar
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 005/11 – VAGA ZERO

Altera a redação da Resolução Cremers 004/11.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das suas atribuições que são conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o conceito "vaga zero", disposto na Portaria 2.048/02 do Ministério da Saúde, deve ser aplicado unicamente em situações excepcionais em que haja risco de morte e esgotadas as possibilidades de obtenção de vaga;

CONSIDERANDO que este conceito vem sofrendo distorções por parte dos gestores da saúde, que o aplicam para qualquer tipo de atendimento,

RESOLVE:

O art. 1º da Resolução Cremers 004/11, que dispõe sobre o conceito de "vaga zero", passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 1º O Conceito Vaga Zero da Portaria 2.048/02 do MS, que permite que pacientes sejam entregues a hospitais, **sem vagas**, lotados, somente deve ser aceito em casos de iminente risco de morte, devendo ser observados os seguintes preceitos éticos e legais:

a) Princípio da Dignidade da Pessoa Humana – art. 1º e 3º da Constituição da República e os Direitos Fundamentais à vida e à saúde – art. 5º e 6º da Lei Maior. A não obediência a esses princípios traz como consequência a falta de condições mínimas de atendimento, com pacientes em corredores, macas, cadeiras e outras situações precárias.

b) O Código de Ética Médica, em seu Capítulo 1º, inciso II afirma: "O alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional...". Quando o médico for obrigado a atender acima da capacidade operacional do hospital, deve comunicar ao diretor técnico, Cremers, Gestor Público e Ministério Público. O diretor técnico é o responsável pelas condições de trabalho.

c) Excetuando-se os casos de iminente risco de morte, o médico regulador não deve utilizar o conceito vaga zero, mas, aceitando a inexistência de leitos vagos e direcionando os pacientes para outras instituições que tenham leitos vagos, sob pena de violar os direitos fundamentais do cidadão, previstos na Constituição.

Parágrafo único. Após obtidas as condições clínicas que permitam a transferência do paciente, o fato será comunicado à regulação, persistindo a responsabilidade do gestor público pela obtenção de vaga, para continuidade do tratamento e, se necessário, com a compra de leitos, na forma da lei.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação.

Porto Alegre, 22 de junho de 2011.

Dr. Fernando Weber Matos
Presidente

Dr. Rogério Wolf de Aguiar
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 007/11

Dispõe sobre a relação do número de pacientes que devem ser atendidos por médicos nas áreas de emergência e urgência, conforme classificação de risco.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das suas atribuições, que são conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e,

CONSIDERANDO o direito à saúde estabelecido pelo art. 6º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e o direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde prestados pelo Poder Público, previsto no art. 196 da Lei Maior;

CONSIDERANDO o Princípio Fundamental do Exercício da Medicina previsto no inciso I do Capítulo 1º do Código de Ética Médica vigente, segundo o qual a conduta do médico no exercício profissional está pautada na saúde do paciente;

CONSIDERANDO que gestores e diversos serviços de emergência adotam protocolos de classificações de risco para sua organização assistencial, sendo que aqueles que utilizam cinco categorias (por exemplo: escalas de Manchester, Canadense, Espanhola ou Americana) mostraram-se com maior sensibilidade e especificidade;

CONSIDERANDO o disposto nos protocolos de classificação de risco, como o de Manchester, ou equivalente, que relacionam o atendimento no serviço de emergência com o potencial risco dos pacientes classificados como: VERMELHO (pacientes em emergência médica necessitando atendimento imediato), LARANJA (pacientes muito urgentes com atendimento previsto em 10 minutos), AMARELO (pacientes urgentes com atendimento previsto em 60 minutos), VERDE (pacientes pouco urgentes com atendimento previsto em 120 minutos), e AZUL (pacientes não urgentes com atendimento previsto em 240 minutos);

CONSIDERANDO que os pacientes classificados como VERMELHO e LARANJA são de ALTO RISCO e necessitam de assistência equivalente à oferecida em unidade de terapia intensiva e observação médica constante;

CONSIDERANDO o conceito de urgência e emergência disciplinado pela Resolução CFM 1.451/95;

CONSIDERANDO a Portaria 466/98 do Ministério da Saúde, publicada no D.O.U de 05 de junho de 1998;

CONSIDERANDO o disposto nas Portarias 1.600 e 1.601 de 2011 do Ministério da Saúde, publicadas no D.O.U. de 07 de julho de 2011;

RESOLVE:

Art. 1º No atendimento de pacientes com ALTO RISCO DE MORTE (classificados como VERMELHO e LARANJA no protocolo de Manchester ou equivalente) que necessitam de observação médica constante, hospitalização e assistência equivalente à oferecida em Unidade de Terapia Intensiva, deverá ser observada a relação de um médico para o máximo de dez pacientes.

Parágrafo único. Para realizar o atendimento a esse grupo de pacientes com ALTO RISCO DE MORTE é recomendável que o médico possua especialidade em Terapia Intensiva ou Capacitação em emergência.

Art. 2º No atendimento de pacientes com BAIXO RISCO DE MORTE (classificados como AMARELO, VERDE e AZUL no protocolo de Manchester ou equivalente), que necessitam avaliação diagnóstica e tratamento medicamentoso, deverá ser observada a relação de um médico para o atendimento máximo de até quatorze pacientes por turno de quatro horas.

Parágrafo único. O agendamento e a prioridade de atendimento desse grupo de pacientes devem ser ordenados em função da classificação de risco (protocolo Manchester ou equivalente).

Art. 3º Compete ao diretor técnico e ao diretor clínico do Hospital a formação de equipes para tais atendimentos.

Art. 4º O diretor técnico é o responsável por adequar o número de médicos e os meios de trabalho em consonância com os dispositivos desta Resolução, principalmente nas situações de aumento de demanda de pacientes e superlotação de leitos hospitalares.

Art. 5º Compete ao diretor técnico fornecer as condições ideais e dignas para a prestação do atendimento médico eficiente e com qualidade, no prazo máximo de trinta dias a partir da publicação desta resolução.

Art. 6º Esta Resolução entrará em vigor trinta dias após a publicação. Sendo que seu descumprimento implicará falta ética, sujeita às sanções legais.

Porto Alegre, 06 de setembro de 2011.

Dr. Fernando Weber Matos
Presidente

Dr. Rogério Wolf de Aguiar
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 008/11

Dispõe sobre prontuários médicos gerados em decorrência da assistência médica ao trabalhador.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e,

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 87 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o prontuário é documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM 1.638/02, que define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde;

CONSIDERANDO que o prontuário médico é conceituado como documento único - constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas por fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico - que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo;

CONSIDERANDO a possibilidade de complementar a disciplina legal instituída pelo Conselho Federal de Medicina sobre os requisitos dos prontuários médicos;

CONSIDERANDO que a Medicina do Trabalho se destina a proporcionar a promoção e manutenção do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores;

CONSIDERANDO as particularidades dos documentos gerados pela assistência médica ao trabalhador;

CONSIDERANDO o prazo mínimo de vinte anos, desde o último registro, para a preservação dos prontuários dos pacientes em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado, conforme determina a Resolução CFM 1.821/07;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 06 de setembro de 2011.

RESOLVE:

Art. 1º É dever do médico que atua em pessoa jurídica que disponha de serviço médico próprio para atendimento à saúde dos trabalhadores, assim como do que presta serviço nesta área em clínica/consultório, elaborar prontuário médico para cada trabalhador, composto dos seguintes documentos:

a) Ficha de exames médicos ocupacionais (admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais);

b) Exames complementares ocupacionais;

c) Folha de evolução;

d) Folha de enfermagem;

e) Formulários oficiais, tais como Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT e outros;

f) Atestados médicos;

g) Relatórios e laudos médicos;

Art. 2º O prontuário deve ser guardado nos setores médicos das pessoas jurídicas, sempre sob responsabilidade médica, sendo vedado o seu arquivamento em departamentos de pessoal ou outros setores administrativos, preservando o sigilo do documento.

Art. 3º A responsabilidade pelo cumprimento desta Resolução é do médico coordenador do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), dos médicos do trabalho e dos médicos diretores técnicos de serviços que atendam o trabalhador.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 06 de setembro de 2011.

Dr. Fernando Weber Matos
Presidente

Dr. Rogério Wolf de Aguiar
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 14/11

Dispõe sobre a coordenação dos médicos reguladores nos serviços públicos e dos médicos reguladores ou gerentes de fluxos, nas Unidades Porte III dos Atendimentos de Urgência e Emergência, conforme disciplinado pela Resolução Cremers 09/11.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e,

CONSIDERANDO que os Conselhos Federal e Regionais de Medicina são os órgãos supervisores e disciplinadores da classe médica, bem como fiscalizadores do exercício profissional médico, devendo, portanto, zelar pelas condições adequadas dos serviços médicos prestados à população;

CONSIDERANDO que a chamada "regulação médica" das emergências é o elemento ordenador e orientador da atenção pré-hospitalar;

CONSIDERANDO que o diagnóstico é ato médico não compartilhado e, portanto, atividade exclusiva de médico;

CONSIDERANDO que, de acordo com o Decreto-Lei 20.39um terço2 e as Resoluções CFM 1.342/91 e 1.352/92, nenhum estabelecimento ou serviço de assistência médica poderá funcionar sem um responsável médico;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM 1.671/03;

CONSIDERANDO as Resoluções Cremers 04 e 05/11, que dispõem sobre vaga zero e a conduta dos médicos reguladores estaduais e municipais;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução Cremers 09/11, que torna obrigatória a presença de um médico regulador, ou gerente de fluxo, nas Unidades Porte III dos Atendimentos de Urgência e Emergência;

CONSIDERANDO o disposto na Portaria 2.048/GM, de 05 de novembro de 2002, a qual preconiza que ao médico regulador devem ser oferecidos os meios necessários, tanto em recursos humanos, como em equipamentos, para o bom exercício de sua função;

CONSIDERANDO a Portaria 1.600/11 do Ministério da Saúde, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS);

CONSIDERANDO a Portaria 1.601/11 do Ministério da Saúde, que estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências;

CONSIDERANDO o que dispunha a Portaria 466/98 do Ministério da Saúde, publicada no D.O.U.de 05 de junho de 1998;

CONSIDERANDO, finalmente, que diante da normatização acima exposta, os médicos reguladores, ou gerentes de fluxo, devem obrigatoriamente ser coordenados por um médico;

RESOLVE:

Art. 1º A equipe de reguladores médicos dos serviços públicos deve ter um coordenador médico, indicado pelo gestor público ou pelo agente público responsável;

Art. 2º A equipe de reguladores médicos (ou gerentes de fluxo) intra-hospitalares deve ter um coordenador médico, integrante da equipe de reguladores.

Parágrafo único. Na impossibilidade de um médico integrante da equipe de reguladores exercer a função, será admitida a coordenação pelo diretor técnico da unidade hospitalar.

Art. 3º São atribuições do coordenador médico da equipe de reguladores:

a) Garantir condições dignas de trabalho aos médicos reguladores, ou gerentes de fluxo, dentro de parâmetros éticos, técnicos e científicos, conforme normas estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina e Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul;

b) Assegurar a adequação do número de médicos reguladores ou gerentes de fluxo à demanda de trabalho, assim como condições ideais de trabalho, objetivando evitar prejuízos no atendimento à população e garantir a boa prática médica;

c) Elaborar escala de trabalho dos médicos reguladores ou gerentes de fluxo, dentro de critérios de razoabilidade, eficiência e viabilidade técnica e prática;

d) Encaminhar as solicitações dos médicos reguladores ou gerentes de fluxo, quanto a condições éticas, dignas e ideais de trabalho, ao diretor técnico ou Gestores Públicos, conforme o caso.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor trinta dias após a publicação e seu descumprimento implicará falta ética, sujeita às sanções legais.

Porto Alegre, 13 de dezembro de 2011.

Dr. Fernando Weber Matos
Presidente

Dr. Rogério Wolf de Aguiar
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 01/12

Estabelece as informações exigidas nos receituários médicos.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei 11.000/04, de 15 de dezembro de 2004.

CONSIDERANDO as disposições contidas no Decreto 20.931/32, art. 15, "b" e "f", que dispõem: "Art. 15. São deveres dos médicos: 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; f) mencionar em seus anúncios somente os títulos científicos e a especialidade."

CONSIDERANDO a Resolução CFM 1.625/01;

CONSIDERANDO a Portaria 344 de 12 de maio de 1998 da Secretaria de Vigilância Sanitária, especialmente seu art. 36 itens C e H;

CONSIDERANDO a Resolução CFM 1.931/09, art. 115 e 118;

CONSIDERANDO a Resolução CFM 1.974/11;

CONSIDERANDO a RDC 20 de 05 de maio de 2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, especialmente seu Capítulo III;

CONSIDERANDO a RDC 52 de 06 de outubro de 2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

CONSIDERANDO finalmente, que as Notificações de Receita de medicamentos e substâncias sujeitas a controle especial são normatizadas pela Portaria 344/98 da Vigilância Sanitária e constituem documento diverso do receituário médico.

RESOLVE:

Art. 1º Os receituários médicos deverão conter as seguintes informações:

a) Nome Profissional;

b) Número de inscrição no Conselho Regional de Medicina;

c) Especialidade e/ou área de atuação, quando registrada no Conselho Regional de Medicina;

d) Número de Registro de Qualificação de Especialidade (RQE), se for o caso;

e) Endereço profissional ou de residência;

f) Assinatura do emissor.

§ 1º As demais informações deverão se limitar ao preceituado na legislação vigente.

§ 2º Atendidos os quesitos acima, não é exigível a aposição de marca gráfica (carimbo).

Art. 2º No caso de receituário de instituição ou estabelecimento hospitalar com os elementos de identificação da entidade, deverão constar o nome completo e o número de inscrição no Conselho Regional de Medicina e a assinatura do emitente;

Parágrafo único. Os dados de identificação do emitente poderão ser colocados por marca gráfica (carimbo) ou escritos de maneira legível.

Porto Alegre, 03 de janeiro de 2012.

Dr. Fernando Weber Matos
Presidente

Dr. Rogério Wolf de Aguiar
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 008/12

Cria o Fórum Permanente das Faculdades de Medicina.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que compete ao Cremers, como órgão supervisor e normatizador do exercício ético-profissional da Medicina, zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, para um perfeito desempenho da atividade profissional médica;

CONSIDERANDO a necessidade de posicionamento técnico especializado sobre assuntos específicos;

RESOLVE:

Art. 1º Instituir o Fórum Permanente das Faculdades de Medicina, com a participação dos diretores ou equivalentes das Faculdades de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul.

Art. 2º O Fórum Permanente será coordenado por membro indicado pela diretoria.

Art. 3º O Fórum Permanente terá atribuições de avaliar e emitir pareceres, além de assessorar o Cremers em assuntos técnicos sempre que consultado.

Art. 4º A participação no Fórum Permanente é honorífica.

Art. 5º Os casos omissos serão decididos pela diretoria, *ad referendum* da Plenária.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 07 de agosto de 2012.

Dr. Rogério Wolf de Aguiar
Presidente

Dr. Ismael Maguilnik
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 04/13

Dispõe sobre a nomeação dos coordenadores regionais das Delegacias Seccionais do Cremers.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e,

CONSIDERANDO a Resolução Cremers 04/10, que disciplina a criação da função de coordenador Regional das Delegacias Seccionais, bem como suas atribuições;

CO0NSIDERANDO que a Resolução Cremers 04/10, no seu art. 2º, dispõe que o coordenador Regional será designado pela diretoria do Cremers, *ad referendum* da Plenária;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 08 de outubro de 2013.

RESOLVE:

Art. 1º Nomear os seguintes coordenadores regionais das Delegacias Seccionais, conforme segue:

1. Dr. DOUGLAS PEDROSO - coordenador da Região do Planalto Médio e Alto Uruguai

• Carazinho, Erechim, Palmeira das Missões, Passo Fundo, Santa Rosa e Três Passos

2. Dr. MÁRIO FEDRIZZI - coordenador da Região Nordeste

• Bento Gonçalves, Caxias do Sul, Lajeado, Novo Hamburgo, Osório, Santa Cruz do Sul, São Jerônimo e São Leopoldo

3. Dr. PHILADELPHO MANOEL GOUVEIA FILHO - coordenador da Região Planalto Central e Missões

• Alegrete, Cruz Alta, Ijuí, Santa Maria, Santo Ângelo São Borja e Uruguaiana

4. Dr. TOMAZ BARBOSA ISOLAN - coordenador da Região Sudoeste

• Bagé, Cachoeira do Sul, Camaquã, Pelotas, Rio Grande, Santana do Livramento e São Gabriel

Art. 2º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 08 de outubro de 2013.

Dr. Fernando Weber Matos
Presidente

Dr. Isaias Levy
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 05/13

Normatiza a atuação dos médicos incluídos no Projeto Mais Médicos no Brasil do Governo Federal no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei 11.000/04, de 15 de dezembro de 2004.

CONSIDERANDO a Medida Provisória 621, de 08 de julho de 2013 e o Decreto 8040/13, que dispõem sobre os médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos, e que vedam, por parte desses médicos, o exercício da Medicina fora das atividades do Projeto;

CONSIDERANDO a Resolução CFM 1342, de 16 de abril de 1991, que dispõe sobre as atribuições dos diretores técnicos e clínicos;

CONSIDERANDO a Resolução CFM 1.627, de 06 de junho de 2003, que dispõe sobre as Comissões de Ética dos estabelecimentos de saúde;

CONSIDERANDO o Regimento Interno do Corpo Clínico Padrão do Cremers, aprovado pela Resolução Cremers 04, de 16 de agosto de 2004; e

CONSIDERANDO o Código de Ética Médica, que, em seu art. 18, veda aos médicos desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.

RESOLVE:

Art. 1º Os médicos intercambistas e os que ingressarem ou venham a ingressar no Programa do Governo Federal denominado "Mais Médicos", instituído pela MP 621, de 08 de julho de 2013, e regulamentado pelo Decreto 8040, de 08 de julho de 2013, têm sua atividade, sob fiscalização do Conselho de Medicina no qual obtiveram registro provisório, restrita aos locais de atendimento à Saúde Básica, do SUS, para os quais foram designados, sendo-lhes, porém, vedado o exercício da Direção Técnica de tais locais, que é exclusiva de médicos com inscrição definitiva em Conselho Regional de Medicina.

Art. 2º É vedado a tais médicos o ingresso nos Corpos Clínicos de quaisquer hospitais, públicos ou privados, ainda que conveniados ao SUS, bem como a internação de pacientes.

Art. 3º É obrigação dos diretores técnicos das instituições hospitalares zelar pelo cumprimento dessa determinação, que decorre da lei vigente.

Art. 4º Os diretores Clínicos e os integrantes das Comissões de Ética das mesmas instituições devem denunciar ao Conselho Regional de Medicina, quaisquer fatos que impliquem descumprimento desta Resolução.

Art. 5º É vedado aos médicos integrantes do programa acima mencionado exercer a Medicina em quaisquer clínicas individuais (pessoa física) ou pertencentes a pessoas jurídicas, mesmo que mantenham convênios com o SUS.

Art. 6º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 08 de outubro de 2013.

Dr. Fernando Weber Matos
Presidente

Dr. Isaias Levy
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 01/14

Dispõe sobre o direito dos médicos de atenderem e internarem seus pacientes nas cidades em que haja um único hospital, mesmo que esse se destine ao atendimento exclusivo de pacientes pelo Sistema Único de Saúde.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul - Cremers, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o direito à saúde, elevado à categoria dos direitos fundamentais, por estar interligado ao direito à vida e à existência digna, representa um dos fundamentos da República Federativa do Brasil;

CONSIDERANDO que a Constituição Federal, no seu art. 5º, inciso XIII, prescreve ser livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer;

CONSIDERANDO que a Constituição Federal, em seu art. 6º, qualifica a saúde como um direito social fundamental;

CONSIDERANDO que a Constituição Federal, em seu art. 199, garante que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, assegurando o direito de participação complementar das instituições privadas e das entidades de Saúde Suplementar no Sistema Único de Saúde;

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

CONSIDERANDO que é direito do médico apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição;

CONSIDERANDO que a Resolução CFM 1.231/86 e o Código de Ética Médica (Resolução CFM 1.931/09), no seu Capítulo II, inciso VI, dispõem que é direito do médico internar e assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do Corpo Clínico, respeitadas as normas técnicas aprovadas pelo Conselho Regional de Medicina da pertinente jurisdição;

CONSIDERANDO que o art. 12 do Decreto Federal 44.045, de 19 de julho de 1958, deixa claro que as unidades de saúde, públicas ou particulares, estão sob a ação disciplinar dos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO as atribuições conferidas aos Conselhos Regionais de Medicina pela Resolução CFM 2.056/13, que disciplina os departamentos de Fiscalização dos CRMs;

CONSIDERANDO a Resolução CFM 1.342/91, que disciplina a responsabilidade e as atribuições do diretor técnico;

CONSIDERANDO que a regularidade das pessoas jurídicas de prestação de assistência médica perante o Cremers pressupõe a observância das normas e princípios éticos;

CONSIDERANDO o que ocorre em determinadas cidades do interior do Estado, em que, a despeito de existir apenas um único hospital no município, decidiu-se pelo atendimento exclusivo ao SUS, o que coloca em risco a saúde dos pacientes que optem pelo atendimento por convênios ou de forma particular e retiram a autonomia dos médicos de atenderem de outra maneira;

CONSIDERANDO o disposto na Nota Técnica Cremers 03/14.

RESOLVE:

Art. 1º Nas cidades em que haja um único hospital, mesmo que esse se destine ao atendimento exclusivo de pacientes pelo Sistema Único de Saúde, deve ser assegurado aos médicos, independente de pertencerem ao respectivo Corpo Clínico, o direito de atenderem e internarem seus pacientes por convênios ou de forma particular.

Art. 2º Caso haja negativa da direção da instituição de cumprir o disposto no art. primeiro, é reconhecido o pleno caráter ético da conduta dos médicos que se sentirem prejudicados de acionar o Poder Judiciário com o objetivo de atender e internar seus pacientes através de convênios ou de forma particular, conquanto tal medida objetiva não apenas assegurar a autonomia profissional e o livre exercício da profissão, mas, sobretudo, a saúde dos seus pacientes.

Parágrafo único. Considera-se ética a conduta do médico que, deparando-se com as situações reguladas por esta Resolução, venha a orientar seus pacientes ou familiares sobre o direito constitucional de ingressar em Juízo na busca da efetivação do direito à saúde.

Art. 3º O ajuizamento de Ação Judicial não impede que os casos concretos sejam noticiados ao Cremers para a devida apreciação, no cumprimento do dever de fiscalização das pessoas jurídicas de prestação de assistência médica.

Art. 4º O diretor técnico é responsável por assegurar os meios imprescindíveis ao exercício de uma boa prática médica e condições adequadas de trabalho ao médico beneficiado, sob qualquer forma, por decisão judicial que lhe garanta o direito de atender e internar seus pacientes por convênios ou de forma particular, na forma dos artigos anteriores.

Art. 5º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 13 agosto de 2014.

Dr. Fernando Weber Matos
Presidente

Dr. Isaias Levy
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 02/14

Disciplina a responsabilidade ética dos médicos supervisores e tutores acadêmicos no âmbito do "Projeto Mais Médicos para o Brasil"

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul - Cremers, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, que instituiu o "Programa Mais Médicos";

CONSIDERANDO que o art. 15 da Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, define que integram o "Projeto Mais Médicos para o Brasil" o médico participante, que será submetido ao aperfeiçoamento profissional supervisionado; o supervisor, profissional médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico; e o tutor acadêmico, docente médico que será responsável pela orientação acadêmica;

CONSIDERANDO que o art. 16 da Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, estabelece que o médico intercambista exercerá a Medicina exclusivamente no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do "Projeto Mais Médicos para o Brasil";

CONSIDERANDO que a Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013 não retira a competência legal dos Conselhos Regionais de Medicina para fiscalizar a conduta ética dos médicos supervisores e tutores acadêmicos no âmbito do "Projeto Mais Médicos para o Brasil", bem como para conhecer, apreciar e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades que couberem;

CONSIDERANDO que a Portaria Interministerial 1.369, de 08 de julho de 2013, declara no seu art. 2º que o "Projeto Mais Médicos para o Brasil" tem a finalidade de aperfeiçoar médicos na atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), mediante oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terá componente assistencial mediante integração ensino-serviço;

CONSIDERANDO que a Resolução CFM 1.832/08, a qual dispõe sobre as atividades, no Brasil, do cidadão estrangeiro e do cidadão bra-

sileiro formados em Medicina por faculdade estrangeira, reforça que os atos médicos decorrentes do aprendizado somente poderão ser realizados nos locais previamente designados pelo programa e sob supervisão direta de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, que assumirão a responsabilidade ética solidária pelos mesmos;

CONSIDERANDO o disposto no Capítulo XII da Resolução CFM 1.931/09, que estabelece normas éticas sobre ensino e pesquisa médica;

CONSIDERANDO o que consta no Código de Ética Médica – Resolução CFM 1.931/09 – a qual define como infrações éticas causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência; delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica; deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente; deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal; atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado, entre outras normas de conduta ética;

CONSIDERANDO que a Resolução CFM 1.494/98 disciplina a autorização especial para a prática de atos médicos de demonstração didática por parte de médicos estrangeiros, quando convidados por universidades brasileiras, organismos oficiais, associações e instituições culturais e científicas, implicando no cumprimento, perante o Conselho Regional de Medicina, de uma série de obrigações, sobretudo de assunção formal de responsabilidade pelos atos médicos praticados por parte do diretor técnico da instituição;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução Cremers 05/13, a qual normatiza a atuação dos médicos incluídos no "Projeto Mais Médicos no Brasil" do Governo Federal no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul;

CONSIDERANDO o Processo-Consulta CFM 3.426/01 PC/CFM/13/02, no qual se destaca que a relação entre o médico residente e seu preceptor deve ser respeitosa, exigindo qualidade ética e profissional do preceptor no exercício de sua atividade, que tem responsabilidade compartilhada com o residente, na prática do ato médico durante o treinamento do Programa de Residência Médica;

CONSIDERANDO o Despacho SEJUR 174/14, do Conselho Federal de Medicina, no qual se analisa a possibilidade do intercambista fornecer atestado médico, assim como a sua atuação restrita e limitada ao âmbito do "Projeto Mais Médicos para o Brasil";

CONSIDERANDO que nos autos da Ação Ordinária 5017613-48.2014.404.7100/RS foi determinado à União que forneça ao Cremers os nomes dos tutores e supervisores médicos que ocupam tais funções no programa 'Mais Médicos', bem como os respectivos endereços (Hospital, Posto de Saúde, Clínica, Policlínica) em que os médicos intercambistas desenvolvem suas atividades.

RESOLVE:

Art. 1º Os médicos supervisores e tutores acadêmicos que atuam no "Projeto Mais Médicos para o Brasil", deverão, no prazo de quinze dias, informar e comprovar perante o Cremers:

a) o ato administrativo de nomeação para o cargo de supervisor ou tutor acadêmico;

b) os nomes dos intercambistas que estão sob sua responsabilidade no âmbito do Programa;

c) o domicílio no qual exercem suas atividades profissionais, bem como o domicílio profissional dos intercambistas sob sua responsabilidade;

d) o plano de preceptoria e tutoria acadêmica necessário para o aperfeiçoamento profissional e aprendizado do intercambista, na medida em que a atuação deste se restringe às atividades de ensino, pesquisa e extensão;

e) a forma/método de implementação do plano;

f) as horas diárias destinadas ao exercício da atividade, inclusive devendo ser informado se a supervisão e tutoria acadêmica ocorrem à distância ou de modo presencial;

g) a declaração oficial da(s) Prefeitura(s) Municipal(is) atestando os locais onde o médico supervisor e tutor acadêmico exercem suas atividades, bem como os respectivos intercambistas.

Art. 2º Os médicos preceptores e tutores acadêmicos, diante da responsabilidade ética compartilhada que possuem em relação aos atos médicos dos intercambistas, e tendo o "Projeto Mais Médicos Para o Brasil" o objetivo de formação, atuação supervisionada e ensino, detêm – respectivamente – a obrigação ética de exercerem a supervisão

profissional contínua e permanente reorientação acadêmica em relação aos atos médicos praticados.

Art. 3º A responsabilidade ética compartilhada poderá implicar a eventual responsabilização dos médicos supervisores e tutores acadêmicos por infrações éticas cometidas pelos intercambistas, a ser apurada no âmbito do Cremers conforme as circunstâncias do caso concreto, caso deixem de observar os deveres de supervisão profissional contínua e permanente reorientação acadêmica em relação aos atos médicos praticados.

Parágrafo único. A responsabilidade ética dos médicos supervisores e tutores acadêmicos abrange os atos comissivos praticados por esses no exercício das suas funções.

Art. 4º Constitui obrigação ética dos médicos supervisores e tutores acadêmicos orientarem os intercambistas de que não podem emitir atestados de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas ou de óbito, exceto em casos de morte natural em localidade em que não haja médico.

Parágrafo único. Sendo os intercambistas estudantes que atuam sob supervisão, poderão emitir atestados médicos em conjunto com o médico preceptor, desde que este tenha verificado pessoalmente o óbito ou prestado assistência ao paciente, responsabilizando-se eticamente pelo declarado.

Art. 5º Os médicos supervisores e tutores acadêmicos são obrigados eticamente a orientar os intercambistas que somente estão autorizados a atuar dentro das atividades restritas do "Projeto Mais Médicos Para o Brasil", que englobam, exclusivamente, a atenção básica à saúde e que as atividades por eles exercidas detêm natureza acadêmica, com o objetivo de aprendizagem, pesquisa e extensão, não podendo exercer a Medicina em sua plenitude.

Parágrafo único. Este dever ético contempla o de fiscalização, devendo os médicos supervisores e tutores acadêmicos comunicar ao Cremers, ao Ministério Público Federal e ao Ministério da Saúde qualquer atuação dos intercambistas que extrapole os limites disciplinados pela Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013.

Art. 6º O descumprimento das determinações e obrigações éticas disciplinadas por esta Resolução, ou de qualquer norma ética eventualmente incidente, poderá implicar a responsabilização dos médicos supervisores e tutores acadêmicos a ser apurada, conforme o caso concreto, no âmbito do Cremers, dentro de suas atribuições legais.

Art. 7º Tomando ciência o Cremers de possível ilícito ético que, em tese, configure crime, infração administrativa ou civil, oficiará o Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual e o Ministério da Saúde, para apurar, dentro de suas respectivas competências, as responsabilidades dos intercambistas, médicos supervisores e tutores acadêmicos e administradores Municipais, Estadual e Federal.

Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação.

Porto Alegre, 12 de novembro de 2014.

Dr. Fernando Weber Matos
Presidente

Dr. Isaias Levy
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 01/17

Dispõe acerca da renúncia, licença, vacância e substituição dos Delegados Seccionais, Secretários e respectivos suplentes, bem como os casos de incompatibilidade de exercício do cargo.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul – Cremers, no uso de suas atribuições legais, tendo em vista a Resolução Cremers 01/16, que informa as jurisdições de cada uma das Delegacias Seccionais do Cremers, Resolução Cremers 02/13, que Normatiza as Eleições dos Delegados, Secretários e respectivos Suplentes, com a função de representar o Cremers em âmbito regional, bem como a Resolução Cremers 05/10, que aprova oitivas em Delegacias Seccionais,

RESOLVE:

Art. 1º Normatizar os procedimentos a serem adotados nos casos de renúncia, licença, vacância e substituição dos Delegados Seccionais, Secretários e respectivos suplentes, bem como dispõe acerca das hipóteses de incompatibilidade de exercício do cargo.

Art. 2º Os pedidos de renúncia e licença serão comunicados à Presidência do Cremers, mediante carta protocolada.

§ 1º Os pedidos de licenças deverão ser encaminhados devidamente fundamentados, por escrito, e deferidos pela Plenária do Cremers, para um período de até 90 dias, que pode ser renovado por igual período.

§ 2º Havendo renúncia ou licença nos cargos, o presidente convocará imediatamente o respectivo suplente para assumir a vaga.

Art. 3º Na falta injustificada a três reuniões ordinárias consecutivas ou a cinco intercaladas no ano, considerar-se-á vago o cargo de Delegado, Secretário ou suplente, quando convocado.

Art. 4º São hipóteses para impedimento do exercício do cargo de Delegado Secional, Secretários e suplentes o exercício concomitante dos seguintes cargos:

a) Chefe do Poder Executivo;

b) Vereador, Deputado Estadual ou Federal e Senador da República;

c) Ministro da Saúde ou Secretário Municipal ou Estadual de Saúde;

d) Reitor de Universidade Pública ou Privada que contemple o curso de Medicina; e

e) Diretor Técnico de hospital, de natureza pública ou privada, prestador de serviços médicos.

Paragrafo único. O titular do cargo de Delegado Seccional, Secretário ou suplente que venha a assumir qualquer dos cargos acima elencados deverá comunicar a Presidência do Cremers no prazo de 24 horas, para que esta empossе o substituto.

Art. 5º A inobservância das atribuições de Delegado ou de Secretário será passível de perda do cargo, com aprovação em Sessão Plenária do Cremers.

Art. 6º Na eventualidade da vacância do cargo de Delegado ou de Secretário e não havendo suplentes ou substitutos, será designado pela diretoria do Cremers, com aprovação em Sessão Plenária, um novo Delegado até que novas eleições sejam realizadas.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Porto Alegre, 26 de abril de 2017.

Dr. Fernando Weber Matos
Presidente

Dr. Rogério Wolf de Aguiar
Primeiro-Secretário

RESOLUÇÃO CREMERS 02/17

Dispõe acerca de normas éticas relativas à terceirização de serviços médicos.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e,

CONSIDERANDO que os Conselhos Federais e Regionais de Medicina são os órgãos supervisores e disciplinadores da classe médica, bem como fiscalizadores do exercício profissional médico, devendo, portanto, zelar pelas condições adequadas dos serviços médicos prestados à população;

CONSIDERANDO o art. 28 do Decreto 20.931, de 11 de janeiro de 1932, regulamentado pela Resolução CFM 1.980/11, de 13 de dezembro de 2011, que declara que qualquer organização hospitalar ou de assistência médica, pública ou privada obrigatoriamente tem que funcionar com um diretor técnico, habilitado para o exercício da Medicina, como principal responsável pelos atos médicos ali realizados;

CONSIDERANDO o art. 12 do Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e a Lei 6.839, de 30 de outubro de 1980, que estabelecem que as pessoas jurídicas de prestação de assistência médica estão sob a ação disciplinar e de fiscalização dos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO o art. 15 da Lei 3.999, de 15 de dezembro de 1961, que impõe que os cargos ou funções de chefia de serviços médicos somente podem ser exercidos por médicos habilitados na forma da lei;

CONSIDERANDO o art. 11 da Resolução CFM 997, de 23 de maio de 1980, que estabelece que o diretor técnico, principal responsável pelo funcionamento dos estabelecimentos de saúde, terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento, que a ele ficam subordinados hierarquicamente;

CONSIDERANDO o inciso II do art. 5º da Lei 12.842, de 10 de julho de 2013 (Lei do Ato Médico), que disciplina ser ato privativo do médico a coordenação e supervisão vinculada, de forma imediata e direta, às atividades privativas de médico;

CONSIDERANDO a Resolução CFM 2.056, de 20 de setembro de 2013, que estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento

daqueles que não estejam de acordo, e em especial o art. 16, que define ambiente médico;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM 2.127/15, de 29 de outubro de 2015, que estabelece critérios para a ocupação da função de diretor técnico que será aplicada em Postos de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, Caps I e II, Caps I, e Serviços de Hematologia e Hemoterapia, quando de sua inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO o disposto nas Resoluções CFM 2.147/16, de 27 de outubro de 2016, que estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos;

CONSIDERANDO que a legislação administrativa e trabalhista vigente se aplica às relações entre médicos e estabelecimentos de saúde;

CONSIDERANDO que o Código de Ética Médica tem como princípio fundamental que a Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio, vedando expressamente o exercício mercantilista desta;

CONSIDERANDO que um dos princípios fundamentais em que repousa a Organização Internacional do Trabalho é que o trabalho não é mercadoria;

CONSIDERANDO a necessidade de fixar normas éticas relativas à terceirização de serviços médicos;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido pelo plenário em sessão realizada em junho de 2017;

RESOLVE:

Art. 1º Instituir normas éticas para a terceirização de serviços médicos no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul.

Art. 2º Para efeito desta resolução adotam-se as seguintes definições:

Terceirização: é a contratação de terceiros para a execução de serviços médicos.

Estabelecimento contratante: é o tomador de serviços, pessoa jurídica de direito público ou privado que contrata terceiros para a prestação de serviços de assistência médica.

Estabelecimento contratado: é a pessoa jurídica que realiza o serviço de terceirização.

Contrato de Terceirização: Documento cujo conteúdo é mutua e consensualmente acordado entre as partes, estabelecendo claramente as atribuições e responsabilidades do contratante e do contratado.

Médicos terceirizados: são os médicos vinculados ao estabelecimento contratado e que executam os serviços objeto do Contrato de Terceirização no estabelecimento contratante.

Art. 3º O Contrato de Terceirização deve definir com clareza os serviços médicos que serão executados, assim como qualquer aspecto técnico e operacional acordado com respeito ao objeto do contrato.

§ 1º O contrato deve identificar os endereços em que serão prestados os serviços, definir as obrigações específicas do contratante e contratado e ser assinado pelos respectivos representantes legais e responsáveis técnicos.

§ 2º Cópia do Contrato de Terceirização deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul quando requisitado ao diretor técnico.

Art. 4º Os estabelecimentos contratante e contratado que realizem Contrato de Terceirização devem obrigatoriamente estar registrados e em situação regular no Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul.

§ 1º A situação regular dos estabelecimentos contratante e contratado no Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul é atestada através do Certificado de Regularidade, a ser requerido e expedido anualmente, no mês de seu vencimento, na forma da Resolução CFM 2.010/13 e seus anexos;

Art. 5º Os estabelecimentos contratantes e contratados devem obrigatoriamente contar com diretor técnico inscrito e registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul.

Art. 6º Os diretores técnicos dos estabelecimentos contratantes e contratados são corresponsáveis por todos os aspectos éticos e técnicos vinculados com o serviço objeto da terceirização, na forma do art. 2º da Resolução CFM 2.147/16.

§ 1º Está incluída nos deveres dos diretores técnicos dos estabelecimentos contratante e contratado a fiel observância dos preceitos constantes do Código de Ética Médica, em especial os que dispõem acerca das condições adequadas de trabalho e de remuneração, em relação aos médicos terceirizados.

§ 2º Os diretores técnicos dos estabelecimentos contratantes e contratados devem assegurar que os médicos terceirizados tomem conhecimento prévio acerca das condições de trabalho e remuneração destes.

Art. 7º Os médicos terceirizados devem estar inscritos no Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul.

Parágrafo único. Quando se tratar de serviços assistenciais especializados, os médicos terceirizados deverão possuir registro de qualificação de especialista no Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul.

Art. 8º Os médicos terceirizados devem zelar pelo fiel cumprimento desta Resolução e notificar o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul quando tomar conhecimento de infrações as suas normas.

Parágrafo único. Os médicos terceirizados têm o direito de obter dos diretores técnicos informações sobre as condições de trabalho e a remuneração, bem como cópias de documentos que comprovam a regularidade dos estabelecimentos contratante e contratado.

Art. 9º É considerada ética qualquer iniciativa dos médicos terceirizados no sentido de serem contratados diretamente pelos estabelecimentos contratantes.

Art. 10. É eticamente recomendável que os médicos terceirizados sejam membros do Corpo Clínico do estabelecimento contratante.

Art. 11. É eticamente recomendável que os médicos terceirizados sejam residentes no Município, ou região, em que os serviços são prestados, a fim de implementar uma política de fixação de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde e de interiorização médica.

Art. 12. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação e seu descumprimento implicará falta ética, sujeita às sanções legais.

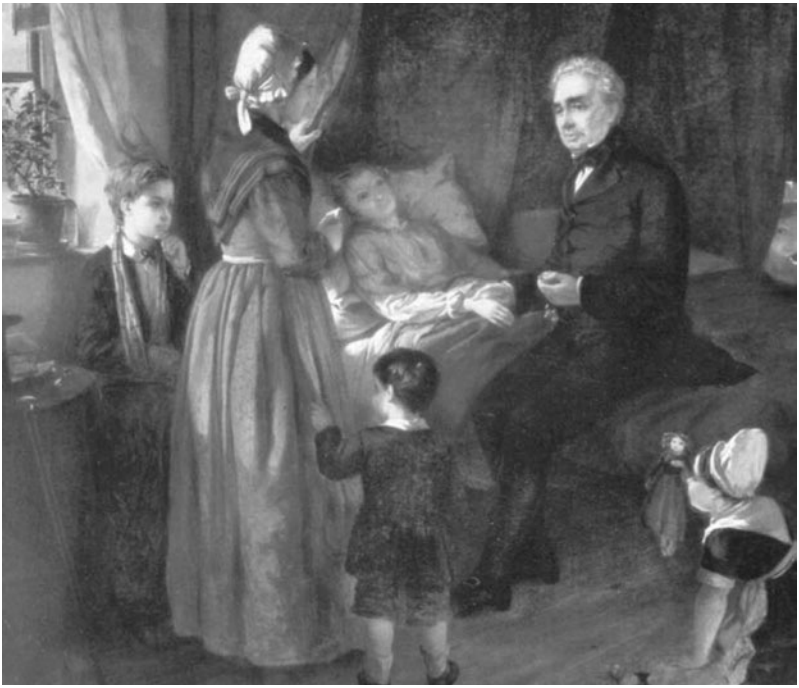
Porto Alegre, 24 de maio de 2017.

Dr. Fernando Weber Matos
Presidente

Dr. Rogério Wolf de Aguiar
Primeiro-Secretário

Capítulo 16

Resoluções CFM



The Sick Room, Emma Brownlow (1864)

Capítulo 16

Resoluções CFM

Você encontra as resoluções em
www.cfm.org.br

Legislação/Processo
• Normas CFM (Resoluções, Pareceres, outros)

www.cfm.org.br/legislação/processo/ outras legislações e decisões

Nº	ASSUNTO
2.167/17	Revoga a Resolução CFM 1.901/09, que restabelece normas éticas para a esterilização masculina.
2.165/17	Altera a alínea "b" do § 4º do art. 20 da Resolução 2.057.
2.164/17	Regulamenta o procedimento administrativo para apuração de doença incapacitante, parcial ou total, para o exercício da medicina e revoga a Resolução CFM 1.990/12.
2.162/17	Homologa a Portaria CME 1/17 que atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades.
2.158/17	Altera o art. 1º da resolução CFM 2.145/16 – CPEP.
2.156/16	Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia
2.152/16	Estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competência das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos e saúde.
2.149/16	Homologa a Portaria CEM 02/16, que aprova a relação de especialidades e áreas médicas aprovadas pela Comissão de Ética e especialidades.
2.148/16	Dispõe sobre a homologação da Portaria CME 01/16, que disciplina o funcionamento da Comissão Mista de Especialidades (CME), composta pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pela Comissão Nacional de registro das especialidades médicas e respectiva áreas de atuação no âmbito dos Conselhos de Medicina.
2.147/16	Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores Clínicos e chefias de serviços em ambientes médicos.
2.146/17	É ético médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesário, gerantida a autonomia do médico da paciente e a segurança do binômio materno fetal.
2.145/16	Aprova o Código de Processo Ético-Profissional
2.143/16	Aprova a embolização das artérias da próstata para o tratamento de pacientes com hiperplasia prostárica benigna.
2.139/16	Altera o art. 23 da Resolução CFM 2.110/14.
2.136/16	Disciplina o procedimento e monitorização neurofisiológica intraoperatória como ato médico exclusivo, definindo a responsabilidade dos médicos, a atuação de pessoas jurídica e estabelecendo as normas para o registro em prontuários de tais atos.
2.135/16	Médicos com título de especialista em cardiologia estão autorizados a exercer a função de responsável técnico ou chefe de serviços de unidades coronarianas, unidades de pós-operatórios de cirurgias cardíaca ou unidades de urgência cardiovasculares.

2.133/16	Altera o Anexo I – Critérios para a relação dos médicos com a imprensa (programas de TV e rádio, jornais, revistas), no uso das redes sociais e na participação em eventos.
2.131/16	Altera o anexo da resolução CFM 1.942/10.
2.130/16	Dispõe sobre a vedação da realização de exames de egressos de cursos de medicina, com caráter cogente, pelos Conselhos e Medicina.
2.129/16	Estabelece normas e fixa o valor para disponibilização de informações, por meio de web services, relativas à situação profissional dos médicos e dá outras providências.
2.128/16	Considerar o plasma rico em plaquetas (PRP) como procedimento experimental, só podendo ser utilizado em experimentação clínica dentro dos protocolos do sistema CPE/Conep.
2.127/16	Estabelece critérios para ocupação da função de direito e técnico que será aplicada em Postos de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, CPs I e II, Caps I, Posto e Perícias Médicas da Previdência Social e Serviços de Hematologia e Hemoterapia, quando de sua inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina.
2.126/16	Altera alíneas "e" e "f" do art. 3º, o art. 13 e o anexo II da Resolução CFM 1.974/11 Codame.
2.121/15	Adota as normas ética para a utilização das técnicas de reprodução assistida.
2.120/15	Altera o anexo I da Resolução CFM 2.062/13.
2.116/15	Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM 2.068/13.
2.113/14	Aprova o uso compassivo do canabidiol para o tratamento de epilepsias da criança e do adolescente refratárias aos tratamentos convencionais.
2.110/14	Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência, em todo o território nacional.
2.109/14	Altera o § 1º do art. 58 do Código de Processo Ético Profissional (Resolução CFM 2.023/14, publicada no D.O.U. de 28 de agosto de 2013, Seção I, p. 83-85).
2.107/14	Define e normatiza a Telerradiologia e revoga a Resolução CFM 1.890/09, publicada no D.O.U. de 19 de janeiro de 2009, Seção I, p. 94-5p.
2.079/14	Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades.
2.078/14	Modifica a redação do art. 11 da Resolução CFM 1.990/12.
2.077/14	Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho.
2.076/14	Julga as prestações de contas dos Conselhos Regionais de Medicina no exercício de 2012.

2.074/14	Disciplina responsabilidades dos médicos e laboratórios de Patologia em relação aos procedimentos diagnósticos de Anatomia Patológica e estabelece normas técnicas para a conservação e transporte de material biológico em relação a esses procedimentos. Disciplina, também, as condutas médicas tomadas a partir de laudos citopatológicos positivos, bem como a auditoria médica desses exames. Revoga a Resolução CFM 1.823/07.
2.073/14	Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM 2.056/13, que disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos. Trata também dos roteiros de anamnese a serem adotados em todo o Brasil, inclusive nos estabelecimentos de ensino médico, bem como os roteiros para perícias médicas e a organização do prontuário de pacientes assistidos em ambientes de trabalho dos médicos.
2.072/14	Veda o trabalho, em hospitais, de médicos sem inscrição no CRM da respectiva circunscrição.
2.070/14	Normatiza o fluxo das consultas aos Conselhos Federal e Regionais de Medicina. Revoga a Resolução CFM 1.892/09, que estabelece normas para emissão de Pareceres do Conselho Federal de Medicina.
2.069/14	Padroniza a identificação dos médicos (em placas, impressos, batas ou vestimentas e/ou crachás) nos estabelecimentos de assistência médica ou de hospitalização (serviços de saúde), públicos e privados, em todo o território nacional.
2.068/13	Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM 2.005/12, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).
2.067/13	Repristina o § 3º do art. 9º da Resolução CFM 1.646/02.
2.066/13	Altera o item "I" da Resolução CFM 1.587/99, publicada no D.O.U. de 22 de novembro de 1999, Seção I, p. 33.
2.065/13	Altera o caput dos arts. 31 e 32 da Resolução CFM 2.023, publicada no D.O.U. de 28 de agosto de 2013, Seção I, p. 83-85.
2.062/13	Dispõe sobre a interdição ética, total ou parcial, do exercício ético-profissional do trabalho dos médicos em estabelecimentos de assistência médica ou hospitalização de qualquer natureza, quer pessoas jurídicas ou consultórios privados, quando não apresentarem as condições exigidas como mínimas na Resolução CFM 2.056/13 e demais legislações pertinentes.
2.061/13	Regulamenta o registro de especialidade de médicos do Trabalho cadastrados em livros específicos até 15 de abril de 1989.
2.059/13	Acrescenta parágrafo único ao art. 1º da Resolução CFM 1.352/92, publicada no D.O.U. de 28 de janeiro de 1992, Seção I, p. 1086.

2.057/13	Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria. Revoga as Resoluções CFM 1.598/00 e 1.640/02.
2.056/13	Disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos. Trata também dos roteiros de anamnese a serem adotados em todo o Brasil, inclusive nos estabelecimentos de ensino médico, bem como os roteiros para perícias médicas e a organização do prontuário de pacientes assistidos em ambientes de trabalho dos médicos. Revoga a Resolução CFM 1.613/01.
2.023/13	Aprova as normas processuais que regulamentam as sindicâncias, processos ético-profissionais e o rito dos julgamentos nos Conselhos Federal e Regionais de Medicina. Revoga a Resolução CFM 1.897/09.
2.022/13	Altera o art. 1º da Resolução CFM 1.972/11, publicada no D.O.U. de 03 de agosto de 2011, Seção I, p. 110, que instituiu comendas a serem concedidas às personalidades médicas, não médicas ou instituições.
2.021/13	A realização do teste ergométrico é ato médico, devendo ser feito, em todas as suas etapas, por médico habilitado e capacitado, apto a atender as ocorrências cardiovasculares, sendo falta ética sua delegação para outros profissionais da área da saúde.
2.020/13	Altera o inciso II do art. 58 da Resolução CFM 1.993, publicada no D.O.U. de 25 de junho de 2012, Seção I, p. 126 a 129.
2.015/13	O art. 12 da Resolução CFM 1.488, de 11 de fevereiro de 1998, passa a vigorar com a redação determinada por esta resolução.
2.014/13	Autoriza os Conselhos Regionais de Medicina a fazerem a inscrição primária com declarações e certidões emitidas por instituições formadoras de médicos oficiais ou reconhecidas pelo MEC, estabelecendo prazo para a apresentação dos diplomas, além de definir o cancelamento da inscrição caso não se cumpra o deliberado.
2.013/13	Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas a presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos e revoga a Resolução CFM 1.957/10.
2.012/13	Dispõe sobre a organização médica em eventos, disciplinando a infraestrutura física e material para assistência ao público, bem como a atuação de médico estrangeiro quando em acompanhamento de suas delegações no Brasil.
2.011/13	Altera o caput do art. 2º da Resolução CFM 1.948/10, publicada no Diário Oficial da União, Seção I, pág. 85, em 06 de julho de 2010, que regulamenta a concessão de visto provisório para exercício temporário por até noventa dias para médico que, sem caráter habitual e vínculo de emprego local, venha a atuar em outro estado.

2.007/13	Dispõe sobre a exigência de título de especialista para ocupar o cargo de diretor técnico, supervisor, coordenador, chefe ou responsável médico dos serviços assistenciais especializados.
2.005/12	Dispõe sobre a nova redação dos Anexos II e III da Resolução CFM 1.973/11, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).
2.004/12	Normatiza os procedimentos diagnósticos e terapêuticos da prática ortomolecular ou outros assemelhados, obedecendo aos postulados científicos oriundos de estudos clínico-epidemiológicos.
2.003/12	Veda ao médico assistente o preenchimento de formulários elaborados por empresas seguradoras, revoga a Resolução CFM 1.076/81 (publicada no D.O.U. de 29 de janeiro de 1982, Seção I, p. 1770) e demais disposições em contrário.
2.002/12	Acrescenta o § 4º ao art. 4º da Resolução CFM 1.832, de 25 de fevereiro de 2008, para desobrigar a comprovação de visto de permanência no Brasil para médico nascido nos países integrantes do Mercosul.
1.999/12	A falta de evidências científicas de benefícios e os riscos e malefícios que trazem à saúde não permitem o uso de terapias hormonais com o objetivo de retardar, modular ou prevenir o processo de envelhecimento.
1.997/12	Altera a redação do art. 77 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM 1.931, de 17 de setembro de 2009.
1.995/12	Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.
1.989/12	Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências.
1.987/12	Os Conselhos de Medicina poderão interditar cautelarmente o exercício profissional de médico cuja ação ou omissão, decorrentes de sua profissão, esteja prejudicando gravemente a população, ou na iminência de fazê-lo.
1.986/12	Reconhecer a Estimulação Magnética Transcraniana (EMT) superficial como ato médico privativo e cientificamente válido para utilização na prática médica nacional, com indicação para depressões uni e bipolar, alucinações auditivas nas esquizofrenias e planejamento de neurocirurgia. A EMT superficial para outras indicações, bem com a EMT profunda, continua sendo um procedimento experimental.
1.984/12	Revoga a Resolução CFM 1.772/05, que institui o Certificado de Atualização Profissional para os portadores dos títulos de especialista e certificados de áreas de atuação e cria a Comissão Nacional de Acreditação para elaborar normas e regulamentos para este fim, além de coordenar a emissão desses certificados.
1.983/12	Normatiza o CRM Digital para vigorar como cédula de identidade dos médicos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina.

1.982/12	Dispõe sobre os critérios de protocolo e avaliação para o reconhecimento de novos procedimentos e terapias médicas pelo Conselho Federal de Medicina.
1.980/11	Fixa regras para cadastro, registro, responsabilidade técnica e cancelamento para as pessoas jurídicas, revoga a Resolução CFM 1.971/11 e dá outras providências.
1.978/11	Altera o art. 19 do anexo da Resolução CFM 1.971, publicada em 11 de julho de 2011, que fixa regras para cadastro, registro, responsabilidade técnica, cancelamento, anuidades e taxas para pessoas jurídicas.
1.977/11	Revoga a Resolução CFM 1.607/00, que trata do cancelamento de inscrição do profissional médico junto ao CRM em caso de atraso no pagamento de anuidades por período superior a um ano.
1.976/11	Altera o parágrafo único do art. 1º da Resolução CFM 1.819, publicada no D.O.U. de 22/05/07, Seção I, p. 71, que proíbe a colocação do diagnóstico codificado (CID) ou tempo de doença no preenchimento das guias da TISS de consulta e solicitação de exames de seguradoras e operadoras de planos de saúde concomitantemente com a identificação do paciente.
1.974/11	Estabelece os critérios norteadores da propaganda em medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria. Revoga a Resolução CFM 1.701/03.
1.973/11	Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM 1.845/08, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).
1.970/11	Altera o art. 3º e a cláusula primeira do objeto do Convênio AMB/CFM celebrado na Resolução CFM 1.634, de 11 de abril de 2002, publicada no D.O.U. de 29 de abril de 2002, seção I, p. 81, que dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).
1.969/11	Dispõe sobre a competência do conselheiro corregedor dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina para declarar extinta a pretensão punitiva no processo ético-profissional que tenha sido aberto/julgado somente em princípios fundamentais.
1.967/11	Di.spõe sobre Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) no âmbito dos conselhos regionais de medicina.
1.965/11	Dispõe sobre a indicação, a adaptação e o acompanhamento do uso de lentes de contato e, considera-os como atos médicos exclusivos.
1.961/11	Dispõe sobre a nomeação, as atribuições e remuneração dos defensores dativos no âmbito dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina.
1.960/10	Dispõe sobre o Registro de Qualificação de Especialidade Médica em virtude de documentos e condições anteriores a 15 de abril de 1989.

1.958/10	Define e regulamenta o ato da consulta médica, a possibilidade de sua complementação e reconhece que deve ser do médico assistente a identificação das hipóteses tipificadas nesta resolução.
1.956/10	Disciplina a prescrição de materiais implantáveis, órteses e próteses e determina arbitragem de especialistas quando houver conflito.
1.955/10	Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM 1.652/02. (Publicada no Diário Oficial da União; 232, de 02 de dezembro de 2002. Seção 1, p.80/81).
1.953/10	Altera o parágrafo único para § 1º e acrescenta o § 2º ao art. 52, altera o caput e os §§ 1º e 2º do art. 54, além de alterar os §§ 1º e 2º para §§ 3º e 4º no mesmo art. da Resolução CFM 1.897, de 06 de maio de 2009, que aprova as normas processuais que regulamentam as sindicâncias, processos ético-profissionais e o rito dos julgamentos nos Conselhos Federal e Regionais de Medicina.
1.952/10	Adota as diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil e modifica a Resolução CFM 1.598, de 9 de agosto de 2000. (Revoga as Resolução CFM 1.407/98 e 1.408/98).
1.951/10	Modifica a Resolução CFM 1.845/08 quanto à criação da área de atuação da Medicina Aeroespacial.
1.950/10	O Conselho Federal de Medicina e o Conselho Federal de Odontologia estabelecem, conjuntamente, critérios para a realização de cirurgias das áreas de buco-maxilo-facial e crânio-maxilo-facial. Revoga a Resolução CFM 1.536/98.
1.949/10	Revoga a Resolução CFM 1.752/04, que trata da autorização ética do uso de órgãos e/ou tecidos de anencéfalos para transplante, mediante autorização prévia dos pais.
1.948/10	Regulamenta a concessão de visto provisório para exercício temporário por até noventa dias para médico que, sem caráter habitual e vínculo de emprego local, venha a atuar em outro estado.
1.942/10	Altera a Resolução CFM 1.766, de 13 de maio de 2005, publicada no Diário Oficial da União em 11 de julho de 2005, Seção I, página 114, que estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe.
1.940/10	Altera o inciso III do art. 10 da Resolução CFM 1.488, publicada no Diário Oficial da União, Seção I, página 150, em 06 de março de 1998, que dispõe sobre normas específicas para médicos que atendam o trabalhador.
1.939/10	Proíbe a participação do médico em promoções relacionadas com o fornecimento de cupons, cartões de descontos e demais documentos previstos nesta resolução para a aquisição de medicamentos, e dá outras providências.
1.899/09	Normatiza o procedimento do desagravo público dos médicos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina.
1.886/08	Dispõe sobre as "Normas Mínimas para o Funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência".

1.885/08	É vedado ao médico participar de pesquisa envolvendo seres humanos utilizando placebo, quando houver tratamento disponível eficaz já conhecido.
1.852/08	Altera o art. 1º da Resolução CFM 1.616, publicada em 10 de abril de 2001, que trata da vedação de desligamento de médico vinculado por referenciamento, credenciamento ou associação à Operadora de Planos de Saúde.
1.851/08	Altera o art. 3º da Resolução CFM 1.658, de 13 de fevereiro de 2002, que normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências.
1.845/08	Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM 1.785/06, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).
1.844/08	Altera o art. 9º da Resolução CFM 1.823, de 08 de agosto de 2007, publicada em 31 de agosto de 2007, que disciplina responsabilidades dos médicos em relação aos procedimentos diagnósticos de Anatomia Patológica e Citopatologia e cria normas técnicas para a conservação e transporte de material biológico em relação a esses procedimentos.
1.843/08	Dispõe sobre o implante de lente de câmara anterior com suporte iriano como um procedimento usual na prática médica-oftalmológica, para o tratamento de pacientes com altas ametropias e/ou afácicos, para as indicações propostas, ressalvadas as contra indicações referidas.
1.842/08	Altera o art. 3º da Resolução CFM 1.831, de 24 de janeiro de 2008, que altera a inscrição de médico estrangeiro no tocante ao Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa, alterando a exigência de nível avançado para nível intermediário superior e revoga a Resolução CFM 1.712, de 22 de dezembro de 2003.
1.840/08	Julga as Prestações de Contas dos Conselhos Regionais de Medicina do exercício 2007.
1.839/08	Julga a prestação de contas do Conselho Federal de Medicina do exercício 2007.
1.836/08	É vedado ao médico o atendimento de pacientes encaminhados por empresas que anunciem e/ou comercializem planos de financiamento ou consórcios para procedimentos médicos.
1.835/08	Aprova reformulações orçamentárias dos Conselhos Regionais de Medicina dos estados do Acre, Espírito Santo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro, Roraima e São Paulo.
1.834/08	As disponibilidades de médicos em sobreaviso devem obedecer normas de controle que garantam a boa prática médica e o direito do Corpo Clínico sobre sua participação ou não nessa atividade. A disponibilidade médica em sobreaviso deve ser remunerada.
1.833/08	Regulamenta a organização dos Serviços Médicos em instituições esportivas e dá outras providências.

1.832/08	Dispõe sobre as atividades, no Brasil, do cidadão estrangeiro e do cidadão brasileiro formados em Medicina por faculdade estrangeira e revoga as Resoluções CFM 1.615, de 09 de março de 2001, 1.630, de 24 de janeiro de 2002, 1.669, de 14 de julho de 2003 e 1.793, de 16 de junho de 2006.
1.831/08	Altera a inscrição de médico estrangeiro no tocante ao Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa, alterando a exigência de nível avançado para nível intermediário superior e revoga a Resolução CFM 1.712, de 22 de dezembro de 2003.
1.828/07	Normatiza a substituição das cédulas de identidade de médicos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina.
1.827/07	Normatiza o recadastramento obrigatório dos médicos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina.
1.826/07	Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não-doador.
1.824/07	Revogar a Resolução CFM 1498/98, que trata do Programa de Educação Médica Continuada.
1.821/07	Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.
1.819/07	Proíbe a colocação do diagnóstico codificado (CID) ou tempo de doença no preenchimento das guias da TISS de consulta e solicitação de exames de seguradoras e operadoras de planos de saúde concomitantemente com a identificação do paciente e dá outras providências.
1.812/07	Altera o art. 6º da Resolução CFM 1.657/02, de 11 de dezembro de 2002, publicada em 20 de dezembro de 2002, que estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências.
1.811/06	Estabelece normas éticas para a utilização, pelos médicos, da Anticoncepção de Emergência.
1.810/06	Altera o art. 12 da Resolução CFM 1.488, de 11 de fevereiro de 1998, publicada em 06 de março de 1998, que normatiza a perícia médica e a atuação do perito e do assistente técnico.
1.808/06	Dispõe sobre a ilegalidade de registro de diplomas de formatura, emitidos por instituições de ensino superior brasileiras que não sejam reconhecidas pelo Ministério da Educação.
1.805/06	Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.
1.804/06	Estabelece normas para a utilização de materiais de implante.

1.802/06	Dispõe sobre a prática do ato anestésico. Revoga a Resolução CFM 1.363/93.
1.801/06	Altera o caput e o § único do art. 1º, o caput do art. 2º e o § único do art. 4º da Resolução CFM 1770, publicada em 15 de agosto de 2005, que trata da inscrição provisória nos quadros dos Conselhos de Medicina.
1.799/06	Dispõe sobre a não-obrigatoriedade de registro de certificado de conclusão de curso de especialização em Medicina do Trabalho, pelo Conselho Federal e Conselhos Regionais de Medicina.
1.797/06	Altera o art. 5º da Resolução CFM 1.403/94, que dispõe sobre a composição do Conselho Editorial da revista Bioética. Revoga a Resolução CFM 1.608/00.
1.794/06	Estabelecer as normas mínimas para a utilização de extratos alergênicos para fins diagnósticos e terapêuticos nas doenças alérgicas.
1.780/05	Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, diagnóstico e tratamento dos pacientes portadores de hanseníase.
1.779/05	Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM 1.601/00.
1.777/05	Aprova os instrumentos normativos de gestão de recursos humanos aplicados aos empregados do Conselho Federal de Medicina (CFM).
1.774/05	Define a figura do delegado regional e regulamenta o exercício de suas atividades.
1.770/05	Dispõe sobre a normatização e unificação dos procedimentos de inscrição provisória ou reintegração de inscrição nos quadros dos Conselhos Regionais de Medicina por decisão judicial. Revoga a Resolução CFM 685/75. (Modificada pela Resolução CFM 1.801/06).
1.766/05	Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos aceitos e equipe.
1.765/05	Julga regular a prestação de contas do Conselho Federal de Medicina, referente ao exercício de 2004.
1.763/05	Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM 1.666/03, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina - CFM, a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).
1.762/05	Resolve considerar o implante de anel intraestromal na córnea usual, na pratica médica-oftalmológica, para o tratamento de pacientes com ceratocone nos estágios III e IV. Modifica a Resolução CFM 1.622/01.
1.759/05	Altera o percentual de multa em caso de atraso no pagamento das anuidades e taxas para o exercício de 2005 e dá outras providências.
1.722/04	Veda aos médicos prestarem serviços a planos de saúde que não tenham inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina. Os contratos de prestação de serviços a planos de saúde devem ter a assinatura dos diretores técnicos dos hospitais e dos próprios planos.

1.720/04	Estabelece os critérios para a realização de debridamentos e curativos cirúrgicos, sob anestesia geral ou sedação, em pacientes queimados
1.718/04	É vedado o ensino de atos médicos privativos, sob qualquer forma de transmissão de conhecimento, a profissionais não-médicos, inclusive àqueles pertinentes ao suporte avançado de vida, exceto o atendimento de emergência a distância, até que sejam alcançados os recursos ideais.
1.715/04	Regulamenta o procedimento ético-médico relacionado ao Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP).
1.711/03	Estabelece parâmetros de segurança que devem ser observados nas cirurgias de lipoaspiração, visando garantir ao paciente o direito de decisão pós-informada e aos médicos, os limites e critérios de execução.
1.707/03	Estabelece critérios para liberação de recursos financeiros para os Conselhos Regionais de Medicina.
1.674/03	Considera a Litrotripsia Extracorpórea por Onda de Choque um ato médico e estabelece critérios para sua realização.
1.673/03	Ementa: A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos é adotada como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar.
1.672/03	Dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências.
1.671/03	Dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar e dá outras providências.
1.670/03	Sedação profunda só pode ser realizada por médicos qualificados e em ambientes que ofereçam condições seguras para sua realização, ficando os cuidados do paciente a cargo do médico que não esteja realizando o procedimento que exige sedação.
1.669/03	Dispõe sobre o exercício profissional e os programas de pós-graduação no Brasil do médico estrangeiro e do médico brasileiro formado por faculdade estrangeira. Revogada pela Resolução CFM 1.832/08.
1.668/03	Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência.
1.666/03	Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM 1.634/02, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).
1.665/03	Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes portadores do vírus da SIDA (AIDS) e soropositivos.
1.664/03	Define as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual.

1.661/03	Revogar as Resoluções CFM 277/66, 288/66, 885/78, 1.212/85, 1.216/85, 1.233/86, 1.241/87, 1.244/87 e 1.596/00, por estarem contidas na Resolução CFM 1.651/02, que adota o Manual de Procedimentos Administrativos.
1.659/03	Altera o nome da área de atuação "cirurgia bucomaxilofacial", e impõe aos médicos que nela atuam a obediência ao disposto na Resolução CFM 1.536/98.
1.658/02	Normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências. Revogam-se as Resoluções CFM 982/79, 1.484/97 e 1.548/99 (Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 246, de 20 de dezembro de 2002. Seção 1, p. 422).
1.657/02	Estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências. (O art. 6ª foi modificado pela Resolução CFM 1.812/07).
1.653/02	Dispõe sobre demonstrações de Cirurgias ao Vivo. (Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF,232, de 02 de dezembro de 2002. Seção 1, p. 81).
1.651/02	Adota o Manual de Procedimentos Administrativos para os Conselhos de Medicina e dá outras providências. Revoga a Resolução CFM 1.618/01.
1.650/02	Estabelece normas de comportamento a serem adotadas pelos estabelecimentos de assistência médica, em relação a estudantes de medicina oriundos de universidades estrangeiras. (Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF,232,de 02 de dezembro de 2002. Seção 1, p. 80).
1.649/02	Dispõe sobre descontos em honorários médicos através de cartões de descontos. (Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 232, de 02 de dezembro de 2002. Seção 1, p. 80).
1.643/02	Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina.
1.642/02	As empresas que atuam sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços médicos devem estar registradas nos Conselhos Regionais de Medicina de sua respectiva da jurisdição, bem como respeitar a autonomia profissional dos médicos, efetuando os pagamentos diretamente aos mesmos e sem sujeitá-los a quaisquer restrições; nos contratos, deve constar explicitamente a forma atual de reajuste, submetendo as suas tabelas à apreciação do CRM do estado onde atuem. O sigilo médico deve ser respeitado, não sendo permitida a exigência de revelação de dados ou diagnósticos para nenhum efeito. Revogam-se as Resoluções CFM 264/65, 310/67, 808/77, 872/78, 1.084/82, 1.340/90. (D.O.U.; Poder Executivo, Brasília, DF, 164, 26 de agosto de 2002. Seção 1, p. 204-5). (D.O.U.; Poder Executivo, Brasília, DF, 174, 9 de setembro de 2002. Seção 1, p. 153 - Republicada).
1.641/02	Veda a emissão, pelo médico, de Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissional não-médico e dá outras providências. (D.O.U.; Poder Executivo, Brasília, DF, 144, 29 de julho de 2002. Seção 1, p. 229).

1.638/02	Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. (D.O.U.; Poder Executivo, Brasília, DF,153, 9 de agosto de 2002. Seção 1, p. 184-5).
1.637/02	Veda o procedimento conhecido como transferência de Mioblastos por ineficaz e prejudicial ao paciente. Veda, também, a participação de médicos no encaminhamento de pacientes para realização do procedimento fora do País. (D.O.U.; Poder Executivo, Brasília, DF,132, 11 de julho de 2002. Seção 1, p. 330-1).
1.636/02	Dispõe sobre o exame de aptidão física e mental para condutores de veículos automotores que deverá ser realizado exclusivamente por médico. (D.O.U.; Poder Executivo, Brasília, DF, 94, 17 de maio de 2002. Seção 1, p. 111).
1.635/02	Dispõe sobre exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos. (D.O.U.; Poder Executivo, Brasília, DF, 94, 17 de maio de 2002. Seção 1, p. 111).
1.634/02	Dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).
1.633/02	Dispõe da proibição de matérias publicitárias, vinculadas à área médico-hospitalar e afins, nos jornais e revistas editados pelos Conselhos de Medicina. (D.O.U.; Poder Executivo, Brasília, DF, 22, 31 de janeiro de 2002. Seção 1, p. 103).
1.627/01	Define o ato profissional de médico como todo procedimento técnico -profissional praticado por médico legalmente habilitado. (D.O.U.; Poder Executivo, 219, 16 de novembro de 2001. Seção 1).
1.625/01	Dispõe de critérios para funcionamento de dados profissionais dos médicos inscritos, quando solicitados ao Conselho Regional de Medicina. Revoga-se a Resolução CFM 1.495/98. (D.O.U.; Poder Executivo,143, 25 jul. 2001. Seção 1, p. 80).
1.624/01	Determina que, em caráter excepcional e a critério do conselheiro corregedor, poder-se-á constituir uma Câmara Especial para julgar os recursos em sindicância. (D.O.U.; Poder Executivo,143, 25 jul. 2001. Seção 1, p. 70).
1.623/01	O funcionamento dos serviços onde são desenvolvidos a captação, processamento, armazenamento, distribuição e efetivação de transplante de tecidos e células para fim terapêutico deve estar condicionado à aprovação da Comissão de Ética Médica da instituição a que estão vinculados. (D.O.U.; Poder Executivo,143, 25 jul. 2001. Seção 1, p. 79).
1.622/01	Considera a fotoablacaocorneana por "excimer laser" para os casos de especifica como procedimento oftalmológico usual. Mantém como experimentais os procedimentos indicados. Revoga 1.459/95.

1.621/01	A Cirurgia Plástica é especialidade única, indivisível e como tal deve ser exercida por médicos devidamente qualificados, utilizando técnicas habituais reconhecidas cientificamente. (D.O.U.; Poder Executivo, 109, 6 junho de 2001. Seção 1, p. 40). (D.O.U.; Poder Executivo, Brasília, DF, 17, 24 de janeiro de 2002. Seção 1, p. 267 - Retificação). (D.O.U.; Poder Executivo, Brasília, DF, 14, 21 de janeiro de 2002. Seção 1, p. 337 - Retificação - Republicado).
1.619/01	Os médicos que exercem atividades como militar devem apresentar prova de sua condição de médico militar exclusivo, até o dia 28 de fevereiro de cada ano, aos Conselhos onde estão jurisdicionados. (D.O.U.; Poder Executivo, 109, 6 de junho de 2001. Seção 1, p. 40).
1.616/01	É vedado o desligamento de médico vinculado por referenciamento, credenciamento ou associação à Operadora de Planos de Saúde, exceto por decisão motivada e justa, garantindo-se ao médico o direito de defesa e do contrário no âmbito da operadora. (D.O.U.; Poder Executivo, 70, 10 de abril de 2001. Seção 1, p. 35).
1.614/01	Trata da inscrição do médico auditor e das empresas de auditoria médica nos Conselhos de Medicina. Revoga-se a Resolução CFM 1.466/96. (D.O.U.; Poder Executivo, 48, 9 de março de 2001. Seção 1, p. 17). (D.O.U.; Poder Executivo, 70, 10 de abril de 2001. Seção 1, p. 35 Retificação).
1.609/00	Os procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, para serem reconhecidos como válidos e utilizáveis na prática médica nacional, deverão ser submetidos à aprovação do Conselho Federal de Medicina, através de avaliação feita pelas Câmaras Técnicas e homologada pelo Plenário do CFM. (D.O.U.; Poder Executivo, 246, 22 de dezembro de 2000. Seção 1, p. 87).
1.605/00	O médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica. Revoga-se a Resolução CFM 999/80.
1.602/00	Fica criado, sob a responsabilidade da Corregedoria do Conselho Federal de Medicina, o Cadastro Nacional de Sindicância e Processos Ético -Profissionais dos Conselhos de Medicina-CNSP, destinado aos Conselhos de Medicina as informações sobre suas atividades judicantes. (D.O.U.; Poder Executivo, n.160, 18 de agosto de 2000. Seção 1, p.64).
1.596/00	As empresas operadoras de serviços de transporte aeromédico devem efetuar o devido registro nos Conselhos Regionais de Medicina dos Estados onde possuam unidades operacionais. (D.O.U.; Poder Executivo,116, 16 de junho de 2000. Seção 1, p. 68).
1.595/00	Proíbe a vinculação da prescrição médica ao recebimento de vantagens materiais oferecidas por agentes econômicos interessados na produção ou comercialização de produtos farmacêuticos ou equipamentos de uso na área médica. (D.O.U.; Poder Executivo, 97, 25 de maio de 2000. Seção 1, p.18).

1.590/99	É obrigatório o registro, junto ao Conselho Regional de Medicina competente, das operadoras de planos de saúde e de medicina de grupo, dos planos de autogestão e das cooperativas médicas, devidamente registrados junto ao Ministério da Saúde. (D.O.U.; Poder Executivo, 244, 22 de dezembro de 1999. Seção 1, p. 275).
1.587/99	Determina ao conselheiro corregedor que, submeta os autos do Processo Ético à apreciação da Presidência do Conselho Federal de Medicina, após a Assessoria Jurídica ter opinado pela ocorrência da prescrição da pretensão punitiva, disciplinada nos arts. 57 a 60 do Código de Processo Ético-Profissional.(D.O.U., Seção I, 222, de 22 de novembro de 1999, p. 33).
1.582/99	O procedimento de introdução de cateter intravascular arterial e venoso profundo é privativo de médico e não pode ser delegado a outros profissionais. (D.O.U., Seção I, 196, de 13 de outubro de 1999, p. 24).
1.552/99	A prescrição de antibióticos nas unidades hospitalares obedecerá às normas emanadas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar-CCIH. (D.O.U., Seção I, 179, de 17 de outubro de 1999, p.39).
1.544/99	A obtenção de amostras de sangue de cordão umbilical e placenta será de natureza gratuita e voluntária, mediante esclarecimento da finalidade, da técnica e demais itens dispostos nesta Resolução, sendo vedada a comercialização com fins lucrativos. (D.O.U., Seção I, 76, de 23 de abril de 1999, p. 139).
1.530/98	Atribui ao Conselho corregedor do Conselho Federal de Medicina a prerrogativa de negar seguimento a pedido ou recurso manifestamente intempestivo ou incabível, após orientação da Assessoria Jurídica nesse sentido. (D.O.U., Seção I, 172, de 09 de setembro de 1998, p. 138).
1.501/98	Trata do impedimento do médico estrangeiro não participar das eleições para membros efetivos e suplentes, na condição de eleitor ou na de candidato dos Conselhos Regionais de Medicina. (D.O.U.; Poder Executivo, 167, 1 de setembro de 1998. Seção 1, p.69.). (D.O.U.; Poder Executivo, 169, 3 de setembro de 1998. Seção 1, p. 105. - Retificação).
1.499/98	Proíbe aos médicos a utilização de práticas terapêuticas não reconhecidas pela comunidade científica. (D.O.U.; Poder Executivo, Brasília, DF, 169, 3 de setembro de 1998. Seção 1, p. 101).
1.497/98	Determina que o médico nomeado perito, execute e cumpra o encargo, no prazo que lhe for determinado, mantendo-se sempre às suas responsabilidade ética, administrativa, penal e civil. (D.O.U.; Poder Executivo, DF, 133, 15 de julho de 1998. Seção 1, p. 51).
1.494/98	Dispõe da autorização especial para a prática de atos médicos de demonstração didática por parte de médicos estrangeiros. (D.O.U.; Poder Executivo, DF, 120, 26 de junho de 1998. Seção 1, p. p. 139).
1.493/98	Determinar ao diretor-Clínico do estabelecimento de saúde que tome as providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta.

1.490/98	Dispõe sobre a composição da equipe cirúrgica e da responsabilidade direta do cirurgião titular. (D.O.U.; Poder Executivo, Brasília, DF, 80, 29 de abril de 1998. Seção 1, p. 174).
1.488/98	Dispõe de normas específicas para médicos que atendam o trabalhador.
1.486/97	Recomenda a não prescrição dos medicamentos, antibióticos, antimicrobianos,constantes da relação anexa às Portarias 165 e 172 da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde até decisão ulterior da autoridade sanitária. Trimetopim, pirimetamina, sulfamidicos, sulfametoxipiridazina, benzilpenicilinaprocaina, benzilpenicilinabenzatina, benzilpenicilina cristalina, ampicilina, penicilina, probenecidarifampicina, isoniazida, imipenem, isoniazida, cilastatina, betalactamicos, betalactamase. Revoga-se a Resolução CFM 1468/96. (D.O.U.; Poder Executivo, DF, 242, 15 de dezembro de 1997. Seção 1, p. 30059-60).
1.483/97	Dispõe dos procedimentos médicos para reconstrução mamaria. (D.O.U.; Poder Executivo, DF, 182, 22 de setembro de 1997. Seção 1, p. 21.075).
1.481/97	"Determina que as instituições prestadoras de serviços de assistência médica no País deverão adotar nos seus Regimentos Internos do Corpo Clínico as diretrizes desta Resolução. Revoga-se a Resolução CFM 1.445/94. (D.O.U.; Poder Executivo, Brasília, DF, 172, 8 de setembro de 1997. Seção 1, p. 19.802). (D.O.U.; Poder Executivo, Brasília, DF, 173, 9 de setembro de 1997. Seção 1, p. 19.936 - 1ª Retificação). (D.O.U.; Poder Executivo, Brasília, DF, 190, 2 de outubro de 1997. Seção 1, p. 22138 - Retificação). (D.O.U.; Poder Executivo, Brasília, DF, 94, 20 de maio de 1998. Seção 1, p. 106 - Retificação).
1.480/97	A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias. Revoga-se a Resolução CFM 1.346/91. (D.O.U.; Poder Executivo, DF, 160, 21 de agosto de 1997. Seção 1, p. 18.227-8).
1.478/97	Define como experimentais os procedimentos cirúrgicos de alongamento peniano para correção de disfunção sexual e a neurotripsia para correção de ejaculação precoce.(D.O.U.; 12 de agosto de 1997. Seção 1, p. 17.338).
1.477/97	Veda aos médicos a prescrição simultânea de drogas do tipo anfetaminas, com um ou mais dos seguintes fármacos: benzodiazepínicos, diuréticos, hormônios ou extratos hormonais e laxantes, com finalidade de tratamento de obesidade ou emagrecimento. Revoga a Resolução CFM 1.404/94. (D.O.U.; Poder Executivo, Brasília, DF, 134, 16 de julho de 1997. Seção 1, p. 15.074).
1.475/97	Dispõe da execução dos exames audiológicos, inclusive a audiometria. (D.O.U.; Poder Executivo, Brasília, DF, 113, 17 de junho de 1997. Seção 1, p. 12.569).
1.473/97	Determina a competência e responsabilidade sobre emissão dos Laudos Cito-histoanatomopatológicos. (D.O.U.; Poder Executivo, DF, 66, 8 de abril de 1997. Seção 1, p. 6.900).

1.472/97	Determina o prazo para o arquivamento de lâminas dos exames cito -histopatológico ou anatomopatológico. (D.O.U.; 46, 10 de março de 1997. Seção 1, p. 4.621)
1.457/95	Adota técnicas para o emprego da Oxigenoterapia Hiperbárica. (D.O.U.; Poder Executivo, Brasília-DF, 201, 19 de outubro de 1995. Seção 1, p. 16.585). (D.O.U.; Poder Executivo, Brasília, DF, 30 de novembro de 1995. Seção 1, p. 19.829 - Retificação)
1.451/95	Estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência-emergência, nos Pronto-Socorros Públicos e Privados. (D.O.U.; Poder Executivo, Brasília, DF, 17 de março de 1995. Seção 1, p. 3.666).
1.440/94	Reconhece a Cirurgia do Aparelho Disgestivo como Especialidade Médica. (D.O.U.; Poder Executivo, Brasília,DF, 16 de agosto de 1994. Seção 1, p. 12.414).
1.436/94	Cria Comissão do Mercosul; Poder Executivo, Brasília, DF, 25 de julho de 1994. Seção 1, p. 11.088).
1.402/94	Reconhece a Medicina do Tráfego como Especialidade Médica. (D.O.U., Seção I, de 18 de março de 1994, p. 3.918).
1.401/93	As empresas de Seguro-Saúde; Empresas de Medicina de Grupo; Cooperativas de Trabalho Médico, ou outras que atuem sob forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares, estão obrigadas a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, não podendo impor restrições quantitativas ou de qualquer natureza.
1.369/93	Considera como equivalentes, para fins de registros nos Conselhos Regionais de Medicina, os títulos de especialista em Clínica Médica e Medicina Interna, obedecidos os termos da Resolução CFM 1.288/89. (D.O.U., Seção I, 5 de julho de 1993, p. 9.287).
1.367/93	Os Conselhos Regionais de Medicina poderão criar Delegacias Regionais e/ou Representações, obedecendo critérios de divisão geográfica e população médica. (D.O.U., Seção I, 14 de maio de 1993, p. 6.517).
1.364/93	Compõe o Tribunal Superior de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina. Ficam revogadas as Resoluções CFM s. 1.210/85 e 1.333/89, mantida a revogação da Resolução CFM 1.211/85. (D.O.U., Seção I, de 22 de março de 1993, p. 3.439).
1.362/92	Reconhece a Endoscopia Digestiva como especialidade médica. (D.O.U., Seção I, de 16 de dezembro de 1992, p. 17.341).
1.361/92	A execução e a interpretação de exame ultrassonográfico entre seres humanos, assim como a emissão do respectivo laudo é da exclusiva competência do médico. (D.O.U., Seção I, de 14 de dezembro de 1992, p. 17.186).
1.355/92	Estabelece parâmetro mínimo de segurança para concentração de oxigênio utilizado em hospitais. (D.O.U., Seção I, de 11 de setembro de 1992, p. 12.648).

1.352/92	Permite ao profissional médico assumir a responsabilidade, seja como diretor técnico, seja como diretor clínico, em no máximo 2 (duas) instituições prestadoras de serviços médicos. Revoga-se o "Caput" do art. 5º da Resolução CFM 1.342/91, mantido seu § único.
1.349/92	Reconhece a Terapia Intensiva como especialidade médica. (D.O.U., Seção I, de 22 de janeiro de 1992, p. 866).
1.343/91	Modifica os termos do item da Resolução CFM 1.287/89 que trata da Cédula de Identidade, instituída pela Resolução CFM 765/76. (D.O.U., Seção I, de 16 de abril de 1991, p. 7.014).
1.342/91	Estabelece normas sobre responsabilidade e atribuições do diretor técnico e do diretor clínico.
1.327/89	Reconhece a Mastologia como especialidade médica. (D.O.U., Seção I, de 16 de agosto de 1989, p. 14.062).
1.250/88	Dispõe da validade das Inscrições Secundárias. Revoga-se a Resolução CFM 1.083/82. (Revista do CFM, v. 13, outubro de 1984 – janeiro de 1989).
1.243/87	Condena a prática da quelação com EDTA como método de tratamento de arterosclerose e de outras doenças vasculares. (Revista do CFM, v. 13, outubro de 1984 – janeiro de 1989).
1.236/87	Os estabelecimentos de saúde destinados ao exercício da medicina física e reabilitação estão obrigados a inscreverem-se exclusivamente nos Conselhos Regionais de Medicina, conforme determina a Lei 6.839/80. (Revista do CFM, v. 13, outubro de 1984 – janeiro de 1989).
1.235/87	Revogam-se as Resoluções do CFM 1.059/83 e 662/77, que tratam da inscrição dos médicos que prestam serviço ativo às forças armadas. (Revista do CFM, v. 13, outubro de 1984 – janeiro de 1989).
1.231/86	Assegura ao médico o direito de internar e assistir seus pacientes em hospital público ou privado, mesmo não fazendo parte do seu corpo clínico. (Revista do CFM, v. 13, outubro de 1984 – janeiro de 1989. Obs.: ver art. 25 da Resolução CFM 1.246/88.
1.223/85	Dispõe de carga horária mínima para curso de especialidade em homeopatia. Revoga-se a Resolução CFM 1.138/83. (Revista do CFM, v. 13, outubro de 1984 – janeiro de 1989).
1.219/85	Trata do fornecimento de atestado médico com diagnóstico codificado ou não, não constitui infração ética. Revoga-se a Resolução CFM 1.190/84. (Revista do CFM, v. 13, outubro de 1984 – janeiro de 1989).
1.208/85	Fixa data-prazo para inscrição de médicos no Registro de Especialistas nos Conselhos Regionais de Medicina. (Revista do CFM, v. 13, outubro de 1984 – janeiro de 1989).
1.206/85	Refere-se à identificação profissional dos médicos, nos anúncios de especialistas, cartões e receituários. Revoga-se a Resolução CFM 1.156/84. (Revista do CFM, v. 13, outubro de 1984 – janeiro de 1989).
1.150/84	Cria Comissões de Verificação, visando o cumprimento do disposto no art. 5º, letra "e" da Lei 3.268/57. (Revista do CFM, v. 12, dezembro de 1981 – outubro de 1984).

1.135/83	Recomenda aos Conselhos Regionais que, no registro de pessoas físicas e jurídicas, seja observado o disposto nas Leis 6.839/80 e 6.994/82. (Revista do CFM, v. 12, dezembro de 1981 – outubro de 1984).
1.124/83	Estrutura o Corpo Clínico dos Estabelecimentos de Saúde, disciplina a admissão e exclusão dos seus membros em registro do Regimento Interno. (Revista do CFM, v. 12, dezembro de 1981 – outubro de 1984).
1.100/83	Disciplina o funcionamento dos Conselhos Regionais de Medicina como Tribunais Regionais de Ética. (Revista do CFM, v. 12, dezembro de 1981 – outubro de 1984).
1.098/83	Adota novo texto da Declaração de Helsinque (Helsinque II). (Revista do CFM, v. 12, dezembro de 1981 – outubro de 1984).
1.097/83	Adota Resolução A/RES/37/194 da Assembleia Geral da ONU, referente a princípios de ética médica relativos à tortura e crueldade com prisioneiros e detentos. (Revista do CFM, v. 12, dezembro de 1981 – outubro de 1984).
1.090/82	Reconhece Certificados de conclusão dos Cursos de Especialistas em Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Vascular e Endocrinologia ministrados pelo Centro de Ciências Biológicas e de Medicina-PUC-RJ. (Revista do CFM, v. 12, dezembro de 1981 – outubro de 1984).
1.081/82	Consentimento ou autorização dada pelo paciente ou responsável ao médico para necropsia, provas necessárias ao diagnóstico e tratamento. (Revista do CFM, v. 12, dezembro de 1981 – outubro de 1984).
1.074/81	Reconhecer a validade do Certificado de Conclusão do Curso de Especialização em Cirurgia Vascular, conferido pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC), para o efeito de habilitar seus portadores a obter o Registro de Qualificação de Especialistas em Cirurgia Vascular, desde que obedeçam às demais exigências da Resolução CFM 998/80.
1.021/80	Adota os fundamentos do parecer no processo CFM 21/80, como interpretação autêntica dos dispositivos deontológicos referentes à recusa em permitir a transfusão de sangue, em casos de iminente perigo de vida. (D.O.U., Seção I, parte II, de 22 de outubro de 1980.).
997/80	Cria nos CRMs e no CFM, os Cadastros Regionais e o Cadastro Central dos Estabelecimentos de Saúde de Direção Médica. (D.O.U., Seção I, parte II, de 24 de junho de 1980).
813/77	Determina que os resultados das análises e pesquisas clínicas em várias áreas sejam fornecidos sob a forma de laudos médicos. (D.O.U., Seção I, parte II, de 14 de dezembro de 1977).
788/77	Determina aos Conselhos Regionais de Medicina que em caso de publicidade de organização ou pessoa jurídica que não obedeça as Resoluções do CFM, seja instaurado processo ético profissional contra o respectivo diretor-médico e principal responsável. (D.O.U., Seção I, parte II, de 20 de junho de 1977).

767/77	Estabelece que os pedidos de registro de Qualificação de médicos especialistas só serão considerados se as entidades que os fornecem enviarem previamente ao CFM as Normas correspondentes à concessão e os seus Estatutos. (D.O.U., Seção I, parte II, de 24 de agosto de 1977).
733/76	Torna sem efeito todo registro de médico especialista, que tenha sido feito nos Conselhos Regionais de Medicina, anteriormente a presente resolução por falta de regulamentação. (Revista do CFM, v. 7, de novembro de 1974 – dezembro de 1976).
685/75	Cancela as inscrições concedidas a médicos que não tenham seus Diplomas registrados no MEC. (Revista do CFM, v. 7, de novembro de 1974 – dezembro de 1976).
672/75	Determina que os médicos se mantenham atentos as suas responsabilidades: ética, administrativa, penal e civil. (D.O.U., Seção I, parte II, de 1 de setembro de 1975).
671/75	"Considera a Declaração de Helsinque" adotada pela Associação Médica Mundial como guia a ser seguido pela classe médica em matéria referente à pesquisa clínica e dá outras providências. (DOU, Seção I, parte II, de 1 de setembro de 1975).
664/75	Determina que os Conselhos Regionais de Medicina promovam a instituição de Programas destinados ao ensino dos Princípios de Ética Médica durante o período do currículo escolar em colaboração com as Faculdades de Medicina existentes em suas jurisdições e com os respectivos diretórios acadêmicos. (DOU, Seção I, parte II, de 12 de agosto de 1975).
663/75	Determina que os Médicos mantenham permanente supervisão dos procedimentos realizados por estudantes de medicina no trato com os doentes. (D.O.U., Seção I, parte II, de 12 de agosto de 1975).
608/74	Determina aos CRMs, não apreciar ou decidir casos éticos com base na criação supletiva ou paralela, por outras entidades, de Códigos ou Tábuas de normas éticas. (Revista do CFM, dezembro de 1957 e agosto de 1994).
476/72	Recomenda aos CRMs a investigação das Organizações de Assistência Médica que atuam em desacordo com a lei e os princípios éticos. (Revista do CFM, dezembro de 1957 e agosto de 1994).
467/72	Esclarece sobre a lista de especialidades. (D.O.U., Seção I, parte II, de 28 de agosto de 1972).
441/71	Abole a inscrição e a expedição de carteiras provisórias. (D.O.U., Seção I, parte II, de 12 de julho de 1971).
440/71	Proíbe o uso de fumo durante as reuniões do Conselho Federal de Medicina. (D.O.U., Seção I, parte II, de 11 de junho de 1971).
413/69	Aprova o código de Processo Ético-Profissional , apresentado pelo CRM do Rio Grande do Sul, que passa a vigorar a partir de janeiro de 1970. (Revista do CFM, v. 4, abril de 1966 – dezembro de 1970).
001/59	Dispõe da entrega das carteiras profissionais aos médicos doravante inscritos no Cremesp.

CREMERS

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

O Manual Técnico Disciplinar do Cremers chega devidamente revisado e atualizado à sua edição de 2017, organizado na forma de tornar as consultas mais objetivas e ágeis.

Agregado aos capítulos destinados à parte técnica – funcionamento do Cremers –, o volume destina também espaço à pesquisa.

CREMERS
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL