

CREMERJ

Manual do
Médico Residente



2007

MANUAL DO MÉDICO RESIDENTE



CREMERJ

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

GESTÃO 2003/2008

Diretoria

Fev. 2007 a Set. 2008

Presidente - Márcia Rosa de Araujo, **Primeiro Vice-Presidente** - Renato Brito de Alencastro Graça, **Segundo Vice-Presidente** - Sidnei Ferreira, **Secretário-Geral** - Sergio Albieri, **Diretor Primeiro Secretário** - Pablo Vazquez Queimadelos, **Diretora Segunda Secretária** - Kássie Regina Neves Cargnin, **Diretor Tesoureiro** - Luís Fernando Soares Moraes, **Diretor Primeiro Tesoureiro** - Arnaldo Pineschi de Azeredo Coutinho, **Diretor de Sede e Representações** - Alkamir Issa, **Corregedora** - Marília de Abreu Silva, **Vice-Corregedor** - Carlindo de Souza Machado e Silva Filho.

Diretoria

Jun. 2005 a Jan. 2007

Presidente - Paulo Cesar Geraldês, **Vice-Presidente** - Francisco Manes Albanesi Filho, **Secretário-Geral** - Aloísio Carlos Tortelly Costa, **Diretor Primeiro Secretário** - José Ramon Varela Blanco, **Diretor Segundo Secretário** - Pablo Vazquez Queimadelos, **Diretor Tesoureiro** - Luís Fernando Soares Moraes, **Diretora Primeira Tesoureira** - Matilde Antunes da Costa e Silva, **Diretor das Seccionais e Subsedes** - Abdu Kexfe, **Corregedor** - Sergio Albieri.

Diretoria

Out. 2003 a Maio 2005

Presidente - Márcia Rosa de Araujo, **Vice-Presidente** - Alkamir Issa, **Secretário-Geral** - Sergio Albieri, **Diretor Primeiro Secretário** - Paulo Cesar Geraldês, **Diretor Segundo Secretário** - Sidnei Ferreira, **Diretor Tesoureiro** - Luís Fernando Soares Moraes, **Diretora Primeira Tesoureira** - Marília de Abreu Silva, **Diretor das Seccionais e Subsedes** - Abdu Kexfe, **Corregedor** - Marcos Botelho da Fonseca Lima.

CORPO DE CONSELHEIROS

Abdu Kexfe, Alexandre Pinto Cardoso, Alkamir Issa, Aloísio Carlos Tortelly Costa, Aloísio Tibiriçá Miranda, Antônio Carlos Velloso da Silveira Tuche, Armido Cláudio Mastrogiovanni, Arnaldo Pineschi de Azeredo Coutinho, Bartholomeu Penteadó Coelho, Cantídio Drumond Neto, Celso Corrêa de Barros, Eduardo Augusto Bordallo, Francisco Manes Albanesi Filho, Guilherme Eurico Bastos da Cunha, Hildoberto Carneiro de Oliveira, Jacob Samuel Kierszenbaum, Jorge Wanderley Gabrich, José Luiz Furtado Curzio+, José Marcos Barroso Pillar, José Maria de Azevedo, José Ramon Varela Blanco, Kássie Regina Neves Cargnin, Luís Fernando Soares Moraes, Makhoul Moussallem, Márcia Rosa de Araujo, Márcio Leal de Meirelles, Marcos André de Sarvat, Marcos Botelho da Fonseca Lima, Marília de Abreu Silva, Mário Jorge Rosa de Noronha, Matilde Antunes da Costa e Silva, Mauro Brandão Carneiro, Pablo Vazquez Queimadelos, Paulo Cesar Geraldês, Renato Brito de Alencastro Graça, Ricardo José de Oliveira e Silva, Sergio Albieri, Sérgio Pinho Costa Fernandes, Sidnei Ferreira, Vivaldo de Lima Sobrinho.

CONSELHEIROS INDICADOS PELA SOMERJ

Carlindo de Souza Machado e Silva Filho
Fernando da Silva Moreira

CREMERJ

MANUAL DO MÉDICO RESIDENTE

1ª reimpressão da 2ª edição

Rio de Janeiro
2007

Manual do Médico Residente

Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

Praia de Botafogo, nº 228 - Centro Empresarial Rio

Botafogo - Rio de Janeiro - RJ

CEP: 22.250-040

Telefone: (21) 3184-7050

Fax: (21) 3184-7120

Homepage: www.cremerj.org.br

E-mail: cremerj@cremerj.org.br

Serviço de Informação ao Médico

Tel.: (21) 3184-7142/7268/7270/7267

Revisão, normatização e digitação: Centro de Pesquisa e Documentação

Ricardo José Arcuri

Simone Tosta Faillace (coord.)

Waltencir Dantas de Melo

Estagiários:

Cristiano Fernando Castro de Oliveira

Natalia Goldoni Feijó

Rafael Tinoco Madeira Santos

Diagramação e Arte Final

LV Design

Impressão

Open Comunicação

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO CPEDOC-CREMERJ

Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

Manual do médico residente. 1ª reimp. da 2ª ed. - Rio de Janeiro : CREMERJ, 2007.

1. Residência médica. I. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. II. Título.

Venda proibida. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

APRESENTAÇÃO

Ser médico requer esforço e determinação. O ofício vai muito além do diagnóstico das doenças. É o médico quem vai pesquisar, diagnosticar, tratar e prevenir as doenças. Para isso, deverá estar capacitado e atualizado.

O constante progresso da Medicina impõe a necessidade de atualização permanente para acompanhar o rápido avanço dos novos conhecimentos e exercer com competência a profissão. Mesmo já formado, o médico continua seus estudos e tem que se reciclar. A necessidade de aperfeiçoamento é contínua. Cursos de atualização, participação em congressos, leitura de revistas especializadas e as pesquisas na Internet são suas principais armas para se manter a par das novidades.

Ser médico é difícil, e não é só por causa da rotina dos vários empregos, dos plantões sucessivos e do celular tocando dia e noite. Doenças consideradas sob controle como tuberculose e dengue, reaparecem no cenário a cada ano. Bactérias tornam inúteis antibióticos poderosos e vírus sofrem mutações desafiando a ciência. No Brasil, o médico ainda tem que conviver com deficiências crônicas da saúde pública, a escassez de leitos, de equipamentos e de medicamentos, além da violência e da falta de segurança nos hospitais. Apesar de tudo, a média de vida da população aumenta. Isso se deve ao desenvolvimento técnico e científico, aos novos medicamentos, bem como a ênfase dada aos conhecimentos acumulados na prevenção das doenças.

A Residência Médica é fundamental para que o médico recém-formado obtenha experiência e acumule conhecimentos que redundarão em oportunidades posteriores de trabalho e ao melhor atendimento à população. Desta forma, integra o ideário das reivindicações da categoria médica a obrigatoriedade de quantitativo de vagas da residência médica igual ao de vagas nas escolas médicas e uma bolsa digna da responsabilidade do curso.

Este manual propõe mostrar para os recém-formados alguns dos desafios que encontrarão pela frente em sua vida profissional e reafirmar que, apesar de a residência não ser obrigatória, ela é a principal forma de especialização médica e a única regida por legislação específica (Lei Federal nº 6.932/81).

Colegas, boa sorte em seu caminho e que ele seja trilhado dentro dos bons preceitos da técnica, da ética e da arte médica.

Márcia Rosa de Araujo
Presidente do CREMERJ

SUMÁRIO

RESIDÊNCIA MÉDICA - 60 ANOS: UM POUCO DA HISTÓRIA

Adalberto Augusto Alves p. 09

INFORMAÇÕES RELEVANTES SOBRE A LEGISLAÇÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA

Carlos Alberto Machado p. 13

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

José Ramon Varela Blanco p. 17

ATESTADO E PRONTUÁRIO MÉDICOS

Matilde Antunes da Costa e Silva p. 19

SAÚDE SUPLEMENTAR

Márcia Rosa de Araujo p. 21

GREVE E RESIDÊNCIA MÉDICA

Pablo Vazquez Queimadelos p. 23

COMO MONTAR SEU CONSULTÓRIO: INFORMAÇÕES SOB MEDIDA PARA O SEU NEGÓCIO

Paulo Cesar Geraldos p. 25

RESIDÊNCIA MÉDICA - LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA p. 33

ORIENTAÇÕES E ENDEREÇOS p. 45

RESIDÊNCIA MÉDICA - 60 ANOS: UM POUCO DA HISTÓRIA

ADALBERTO AUGUSTO ALVES

Graduação pela UFRJ (1973). Residência Médica em Neurologia no IASERJ (1974/1975). Pós-Graduação em Neurologia pela PUC (1974). Chefe do Serviço de Residência do IASERJ desde 1991. Membro da Comissão de Médicos Recém-Formados do CREMERJ nas duas últimas gestões.

DOS PRIMÓRDIOS ATÉ A DÉCADA DE 60

As primeiras experiências com Residência Médica no Brasil remontam ao ano de 1944, tendo como pioneiro o Hospital de Clínicas da USP e, logo a seguir, o Hospital dos Servidores do Estado, no antigo Distrito Federal. Tais empreendimentos foram sabidamente inspirados nos modelos americanos. As citadas instituições eram à época dotadas de elevado gabarito técnico-científico em seus Serviços. Assim, nada mais natural do que atrair para si as iniciativas de implantar um sistema de formação de especialistas aos moldes dos hospitais norte-americanos. Por outro lado, estas necessidades vinham ao encontro da crescente industrialização e urbanização concentrada no eixo Rio - São Paulo.

Até meados da década de 50 a abrangência dos Programas de Residência Médica (PRM) atingia apenas um contingente muito pequeno dos egressos das escolas médicas, dando-se a definição de objetivos, implantação e consolidação dos problemas iniciais. Desta fase, até o início dos anos 60, ocorreu uma ampliação gradual do número de PRM, geralmente em instituições oficiais, alavancada pelo interesse do corpo clínico ou pela procura dos recém-formados.

Neste cenário, o crescente número de PRM e médicos residentes despertaram nestes últimos a necessidade de uma organização a nível nacional, buscando respostas às inúmeras demandas que se acumulavam de forma desordenada. Paralelamente, esta mesma preocupação chegou até a Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM) que, em reunião realizada em 1964, propõe a criação de uma comissão de verificação dos aspectos pertinentes à implantação e supervisão do internato e da Residência Médica. Em 1966, no Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina, ocorre o I Congresso Nacional de Médicos Residentes, que discorre sobre este mesmo tema. Seu desdobramento natural, o II Congresso Nacional, levado a efeito no Hospital dos Servidores do Estado (Rio de Janeiro) em outubro de 1967, com a presença de 24 representações hospitalares, fundou a Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR). Este mesmo Congresso ainda deu sua definição sobre Residência Médica como sendo “uma forma de ensino pós-graduado que permite ao médico recém-formado aperfeiçoar-se nos diferentes ramos da atividade médica, trabalhando numa organização hospitalar de bom padrão, em regime de tempo integral e devotamento exclusivo, por prazo suficiente e sob supervisão de colegas mais experimentados”. Ainda foram formulados os “Padrões Mínimos de uma Residência Médica”, um balão de ensaio sobre regulamentação.

O PAPEL CAPITAL DA ANMR

O III Congresso Nacional de Médicos Residentes (Brasília, 1968) concretizou ações que culminaram com a elaboração de um Plano Nacional de Residência Médica, proposto pela ABEM em parceria com a ANMR. O Plano Nacional assegurava à ANMR a responsabilidade principal pela sua execução, com assessoria de outras entidades médicas. Foi noticiada a fundação das Associações Regionais de Médicos Residentes nos estados do Rio Grande do Sul, Paraná, Minas Gerais, Bahia, Guanabara e Rio. Importantíssima foi a sugestão do plenário deste congresso pela criação das Comissões Hospitalares de Residência Médica, com recomendação de representação paritária entre médicos residentes e orientadores. Deliberou-se que todos os certificados concedidos aos médicos residentes tivessem a chancela da ANMR. Foi apresentado um cro-

nograma de credenciamento dos PRM, contido no Plano Nacional de Residência, cujo fluxo de prazos corria de janeiro de 1969 a dezembro de 1971.

A discussão sobre a ajuda de custo mensal aos médicos residentes surgiu de forma mais concreta no IV Congresso Nacional de Médicos Residentes (Belo Horizonte, 1969). No ano seguinte, por ocasião do V Congresso Nacional, realizado em Porto Alegre, já havia manifestações claras contra a abertura de novas escolas médicas no país, opiniões já correntes no IV Congresso. Também se gerou a proposta da criação da Comissão Nacional de Credenciamento e Fiscalização, em parceria com a Associação Médica Brasileira (AMB), cuja implantação viria a enfrentar sucessivos entraves burocráticos.

Em 1971, realiza-se em Recife o VI Congresso Nacional, que promove paralelamente o I Simpósio Latino-Americano de Médicos Residentes, lançando bases para uma Federação Latino-Americana de Médicos Residentes. Esta iniciativa sobreviveu pelo menos nos dois congressos posteriores, porém a fragilidade da organização dos médicos residentes nos países vizinhos viria a frustrar os interessados. Ainda neste congresso consolida-se o papel regulador da ANMR, ficando firmada a obrigatoriedade de que constasse dos certificados de médicos residentes, de maneira bem legível e em lugar de destaque, os termos: "Residência Médica credenciada pela Associação Nacional de Médicos Residentes". Este mecanismo de controle vigorou até a ulterior criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

A CRIAÇÃO DA CNRM E A REGULAMENTAÇÃO DESEJADA

No decorrer da primeira metade dos anos 70, a organização dos médicos residentes se esforça ainda mais na busca da regulamentação da Residência Médica. Em 1976, claramente pressionada pelo movimento dos médicos residentes, a Comissão de Ensino do MEC recomenda a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de caráter interministerial, com a participação de representantes das instituições relacionadas com a educação, serviços especializados, Estado-Maior das Forças Armadas, AMB, Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos e ANMR. Em pleno regime de exceção, era interessante observar a presença de entidades da sociedade civil em estruturas de poder do Estado. Em 05 de setembro de 1977, através do Decreto nº 80.281, é criada a CNRM. A Residência Médica fica definida como "modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, em nível de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob orientação de profissionais médicos de elevada qualificação". Neste mesmo decreto estabeleceu-se que os PRM se desenvolverão preferencialmente nas áreas básicas.

No desenvolver do ano de 1978, duas resoluções da CNRM chamaram a atenção: a nº 01/78, que versava sobre o regimento interno da Comissão e a nº 04/78, que dispunha sobre os requisitos mínimos da instituição e dos programas e regulamentava a sistemática de credenciamento. Neste mesmo ano, ocorre uma das maiores greves nacionais de médicos residentes, reivindicando regulamentação da bolsa e outros direitos.

Em 07 de julho de 1981 o Congresso Nacional promulga a Lei nº 6.932, que se torna a base até os dias atuais da regulamentação da Residência Médica. Entre outras deliberações, a lei define que os PRM teriam que ser credenciados pela CNRM, que ao final do treinamento o médico residente faria jus a um título de especialista outorgado pelo MEC e que durante o treinamento teria direito a uma bolsa, com valor mínimo estipulado por lei, e ainda garantias de moradia e alimentação.

As atividades das Comissões Hospitalares (COREMES) foram definidas através das Resoluções nºs 09/81, 05/82 e 15/82 e os requisitos mínimos dos PRM nas especialidades estabelecidos pela Resolução nº 04/83. A Lei nº 7.217, de setembro de 1984, vincula a bolsa do médico residente ao piso salarial do médico no país.

CRITICANDO E PROPONDO

Os esforços iniciais da CNRM foram seguidos de inúmeras críticas a partir de 1984: a adequação de sua composição, a coordenação centralizada, os textos das resoluções, os conteúdos programáticos e a qualidade dos preceptores e supervisores. Em resposta a estes questionamentos, a CNRM realiza o II Fórum Nacional sobre Residência Médica (1986) e emite a Resolução nº 01/87, que cria as Comissões Estaduais de Residência Médica, como organismos regionais de assessoramento.

Neste contexto e acompanhando o processo de democratização da vida nacional, a ANMR e suas regionais se mostram extremamente combativas e organizadas, promovendo intensas disputas políticas pelas suas direções, liderando de forma incontestada o movimento médico e tornando mais aguda sua atuação nas questões trabalhistas. Esta dinâmica perduraria até o início dos anos 90, permitindo em seguida um recuo na mobilização que acompanhou uma igual inércia do movimento estudantil e do movimento médico no sentido global.

Frutos daquela pressão, surgiram através da CNRM as Leis nºs 8.138/90 e 8.725/93, que novamente alteram os textos das leis anteriores no que diz respeito ao valor da bolsa destinada aos médicos residentes. Também movida por pleitos dos médicos residentes, preceptores e mantenedores, a CNRM organiza o III Fórum Nacional sobre Residência Médica (São Paulo, novembro de 1993) e direciona seus trabalhos para propostas de atualização da legislação. Mas tais intentos caíram no vazio e só a partir de 2002 é que novas resoluções viriam a trazer impacto entre os que vivenciam e discutem a Residência Médica.

Ao final dos anos 90, o movimento dos médicos residentes tenta se reorganizar. O XXXIII Congresso Nacional da categoria, ocorrido em Olinda, no ano de 1999, é ponto de partida para esta empreitada. Após um razoável lapso de tempo, a eleição para a diretoria da ANMR não se dá em chapa única e um dos temas que provocou maiores discussões foi o da reconstrução da entidade. A preocupação com o futuro da Residência Médica foi ainda constante nos debates. Em setembro de 2000, 14.000 médicos residentes cruzaram os braços por um dia, lançando a Campanha Nacional Pela Valorização da Residência Médica. No ano seguinte, em julho, uma greve nacional mobiliza 17.000 médicos residentes em 11 estados, pugnando por reajuste da bolsa, auxílio-moradia, gratificação da preceptorial, respeito à carga horária de 60 horas semanais, além do cumprimento de 10% de atividades teóricas durante o treinamento. Como um dos efeitos, surge a Lei nº 10.405/2002, publicada em 09 de janeiro de 2002, cujo texto permite um reajuste de 35% no valor da bolsa, mediante alterações de vinculação e de percentuais de gratificação por regime especial de treinamento. O XXXVIII Congresso Nacional de Médicos Residentes, realizado em Belo Horizonte em 2004, foi dos mais representativos dos anos 2000, com a presença de 96 delegados oficiais. O XXXIX Congresso, realizado no Rio de Janeiro em 2005, deu novo direcionamento à luta salarial e o resultado foi o compromisso do Ministro da Educação pelo aumento da bolsa até junho de 2006. Acordo não cumprido, novas mobilizações em jogo. O Congresso Nacional de Médicos Residentes, realizado em setembro de 2006 em Gramado, decide pelo indicativo de greve nacional. Os Médicos Residentes costumam o apoio de parlamentares e entidades médicas. Em 01 de novembro de 2006, assembleias de Médicos Residentes pelo Brasil, bastante representativas, deflagram a greve nacional dos Médicos Residentes. E, mais uma vez, fica patente o poder da mobilização. Em 28 de novembro de 2006, o Senado aprova o projeto de lei da Câmara (PLC 112/06), que reajusta a bolsa dos Médicos Residentes de R\$ 1.470,00 para R\$ 1.916,00. Aguarda-se agora a sanção presidencial. (vide Lei Federal nº 11.381, de 1º de dezembro de 2006)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MÉDICOS RESIDENTES. **Anais da Associação Nacional de Médicos Residentes**. Publicação oficial. São Paulo, 1972.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MÉDICOS RESIDENTES E ASSOCIAÇÃO DE MÉDICOS RESIDENTES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Caderno de documentos sobre Residência Médica**. ANMR e AMERERJ, 1976.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MÉDICOS RESIDENTES. Legislação da Residência Médica. Belo Horizonte, **Cadernos da ANMR**, n. 1, 1987.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MÉDICOS RESIDENTES. Pesquisa sobre Residência Médica: histórico do movimento. **Cadernos da ANMR**. Belo Horizonte, 1987.

BRASIL. Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977. **Criação da Comissão Nacional de Residência Médica**. 1977.

BRASIL. Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981. **Regulamentação da Residência Médica**. 1981.

BUENO, R.L.L. e PIERUCCINI, M.C. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. **Abertura de escolas médicas no Brasil - relatório de um cenário sombrio**. 2.ed., Brasília, 2005.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. Documentos da CNRM. **I Fórum Nacional de Residência Médica**. Conclusões dos debates. Brasília, 1980.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. Documentos da CNRM. **II Fórum Nacional sobre Residência Médica**. Brasília, 1986.

CREMESP. **Guia Residência Médica 2000**. São Paulo, 2000.

DINIZ, L.G. **Relatório sobre Residência Médica**. Mimeo, 1987.

ELIAS, P.E.M. **Residência médica no Brasil: a institucionalização da ambivalência**. São Paulo, 1987. (Dissertação de Mestrado. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, USP).

JORNAL DO CREMERJ. **I Fórum de Residência Médica do Cremerj**. Rio de Janeiro, p. 14 e 15, maio 2004.

PIERANTONI, C.R. **Residência médica: meio século no Brasil**. Rio de Janeiro. UERJ/IMS, 1994. 15 p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 93).

INFORMAÇÕES RELEVANTES SOBRE A LEGISLAÇÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA

CARLOS ALBERTO MACHADO

Graduação em 1975, UFRJ. Residência Médica, em Ortopedia, Traumatologia, Hospital do Andaraí. Especialização em Medicina do Trabalho, UFRJ e Administração Hospitalar, UERJ. MBA em Gerência da Saúde, IBMEC. Coordenador Regional da Comissão Nacional de Residência Médica para o Sudeste II. Coordenador de Residência Médica e Estágios do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro. Membro da Comissão de Médicos Recém-Formados do CREMERJ.

A Residência Médica, caracterizada por treinamento em serviço, iniciou no Brasil no final da década de 40 na Universidade de São Paulo e no Hospital Servidores do Estado, no Rio de Janeiro.

A legislação específica é um dos maiores fatores para esta ser considerada a melhor forma de pós-graduação em Medicina.

O objetivo deste manual, e deste artigo em especial, é fornecer um roteiro para que você acesse, mantendo-se informado e, sobretudo, atualizado.

Fundamental é o site do MEC (<http://portal.mec.gov.br/default.htm>) de onde no menu, em Educação Superior, clicando duas vezes, teremos a Residência Médica.

Ao acessar Residência Médica, já há informações importantes sobre a composição da Comissão Nacional de Residência Médica, Presidentes das Comissões Estaduais, Coordenadores Regionais, número de vagas por regiões, programas e sua situação, como se comunicar com a Comissão Nacional, etc.

Está disponível, também, a legislação específica e a legislação por assunto, reproduzido abaixo:

ÍNDICE DE ASSUNTOS DA LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA

1. Acesso Direto e Pré-requisitos	Resolução nº 02/2006
2. Atividades do Médico Residente	Lei nº 6.932, de 07/07/1981
3. Alojamento e Alimentação do Residente	Lei nº 6.932/81, art. 4º, § 1º
4. Avaliação do Médico Residente durante a residência	Resolução nº 02/2006 (Art.13 e 14) Resolução nº 02/2005 (Art.23, alínea h)
5. Avaliação dos Programas de Residência Médica	Resolução nº 06/2006
6. Bolsa de Estudos do Médico Residente	Lei nº 11.381, de 01/12/06, (Art.1º)
7. Câmara Técnica/CNRM	Resolução nº 02/2005 (art 5º, 6º e 7º)
8. Certificado de Residência Médica. Registros na CNRM e CFM.	Decreto nº 80.281/77 (Art.5º) Resolução nº 05/2003 Resolução nº 02/2005 (Art.25 e 26)
9. Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM (criação/estrutura)	Decreto nº 80.281/77 Resolução nº 02/2005 (Art.1º a 20)
10. Comissão Estadual de Residência Médica (criação, estrutura, competência)	Resolução nº 01/2006

11. Coordenadoria Regional da Comissão Nacional de Residência Médica	Resolução nº 02/2004 Resolução nº 02/2005 (Art. 41, 42, 43, 44 e 45)
12. COREME (atribuições, reuniões)	Resolução nº 02/2005 (Art. 46, 47, 48 e 49)
13. CRM obrigatório para o certificado de Residência Médica	Resolução nº 02/2005 (art. 26, alínea c)
14. Carga horária anual mínima de programa de Residência Médica	Lei nº 6.932/81 (Art. 5º) Resolução nº 02/2006 (art.9º)
15. Data de início da Residência Médica	Resolução nº 03/2002 (Art. 1º)
16. Data para solicitação de credenciamento de programa de Residência Médica	Resolução nº 02/2005 (Art.27 inciso 1) Resolução nº 02/2003 (Art. 1º)
17. Diligência e Exigência	Resolução nº 02/2005 (Art. 30 e 31) Resolução nº 03/2001 (Art.4º) Resolução nº 02/2001
18. Descredenciamento	Resolução nº 02/2005 (Art. 36)
19. Edital	Resolução nº 12/2004
20. Equivalência da residência médica com Curso de Especialização e Título de Especialista	Lei nº 6.932/81 (Artigos 1º e 6º)
21. Especialidades Médicas Credenciáveis e Conteúdos Programáticos respectivos	Resolução nº 02/2006
22. Expressão “Residência Médica”	Lei nº 6.932/81 (Art. 1º, § 2º)
23. Folga semanal e anual do Médico Residente	Lei nº 6.932/81 (Art. 5º, § 1º)
24. Interrupção de Programa de Residência Médica	Lei nº 6.932/81 (Art. 7º)
25. Licença maternidade	Lei nº 6.932/81 (Art. 4º, § 3º)
26. Número de Programa de Residência Médica que o médico pode cursar	Resolução nº 02/2005 (Art. 56 e 57)
27. Oferecimento de anos adicionais	Resolução nº 02/2006 (Art. 8º)
28. Participação das Sociedades de Especialidades Médicas	Decreto nº 80.281/77 Resolução nº 02/2005 (Art. 21)
29. Preceptoria e Supervisão do Programa de Residência Médica	Lei nº 6.932/81 (Art.1º) Resolução nº 02/2005 (Art. 23 alíneas c, d, e) Resolução nº 02/2006 (Art. 16)
30. Processo Seletivo para admissão na Residência Médica	Resolução nº 08/2004 Resolução nº 02/2005 (Art.23, alínea g e art.55) Resolução nº 03/2001 (Art. 1º e 3º)
31. Preenchimento de vagas de Desistência	Resolução nº 03/2002 (Art. 2º)
32. Previdência Social e Contribuições	Lei nº 6.932/81 (Art. 4º, § 2º) Lei nº 10.405/2002
33. Representação e processo eleitoral do Médico Residente	Resolução nº 02/2005 (Art. 50, 51 e 52)

34. Requisitos mínimos da Instituição	Resolução nº 02/2005 (Art. 22)
35. Requisitos mínimos do Programa	Resolução nº 02/2006
36. Sistemática do credenciamento de Residência Médica	Resolução nº 02/2005 (Art. 27 a 31)
37. Situação do médico residente em Programa de Residência Médica que foi descredenciado	Resolução nº 02/2001 Resolução nº 02/2005 (Art. 38 e 39)
38. Solicitação de Aumento de Vagas	Resolução nº 02/2003 (Art. 1º e 2º)
39. Subcomissões da CNRM	Resolução nº 02/2005 (Art.5º, 8º e 15)
40. Transferência de Médicos Residentes	Resolução nº 02/2005 (Art. 37 a 40)
41. Transferência Ex-ofício	Lei nº 9.536/97
42. Visitas de Verificação	Resolução nº 03/2001 (Art. 2º) Resolução nº 02/2005 (Art. 32 a 35)
43. Cancelamento de Programas de Residência Médica	Resolução nº 04/2006

Na legislação específica, deve-se citar:

- Decreto Nº 80.281, de 05 de setembro de 1977, que “Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências”.

Portanto, em 2007 comemoramos, no Brasil, 30 anos de regulamentação da Residência Médica.

- Lei Nº 6.932, de 07 de julho de 1981, que “Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências”, que também pode ser encontrada no site.

Nos últimos anos tivemos um aumento acelerado de novas resoluções, modificando o tempo de pré-requisitos e a duração de programas, e com a unificação de especialidades e áreas de atuação, através de comissão formada pela Comissão Nacional de Residência Médica, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM nº 1.634/2002), comissão esta criada para uma definição mais clara da pós-graduação médica no Brasil. (<http://www.portalmédico.org.br>).

Entre estas novas resoluções, cita-se a Resolução CNRM nº 01/2006 que “Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões Estaduais de Residência Médica.”

E, sobretudo, a Resolução CNRM nº 02, de 17 de maio de 2006 que “Dispõe sobre os requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências.”

Enfim, este artigo não pretende esgotar o assunto, que é extenso e mutante, mais fornecer um mapa e sugerir a participação de todos os residentes nas suas associações e órgão de classe para aprimorar, consolidar e ampliar a Residência Médica no Brasil.

Estamos certos de que a Residência Médica é um excelente indicativo de que, onde a residência médica está fortalecida, a população é bem assistida.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

JOSÉ RAMON VARELA BLANCO

Graduação pela UFRJ (1971). Especialista em Dermatologia. Responsável pela Câmara Técnica de Dermatologia do CREMERJ. Coordenador da COMSSU - Comissão de Saúde Suplementar do CREMERJ e da Comissão de Títulos de Especialista do CREMERJ. Ex-Vice-Presidente, Ex-Corregedor, Ex-Secretário Geral e Ex-Primeiro Secretário do CREMERJ. Ex-Presidente da Sociedade Brasileira de Dermatologia - Regional Rio de Janeiro, Conselheiro e Membro da Comissão de Ética da Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Esta palavra de origem grega (ETHOS) e que conceitua a conduta humana, seja ela individual ou coletiva, permite-nos qualificar as ações sob o prisma do bem e do mal. É o envolver-se neste conceito que permite o estudo e a atribuição de juízos em qualquer campo em que o ser humano faça presente o seu agir.

É a partir daí que podemos compreender os modelos de conduta recomendados no exercício da Medicina, tendo por base o Juramento de Hipócrates, referencial para os diferentes capítulos e artigos do Código de Ética Médica.

Data de 14 de novembro de 1931 a primeira edição do Código que nos norteia e que antecedeu em cerca de 03 meses, o Decreto nº 20.931/32 que tratou da regulamentação e da fiscalização do exercício da Medicina, Odontologia, Medicina Veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira.

Outras edições do Código de Ética foram se sucedendo, mais atualizadas e renovadas. Assim podemos apreciar as edições de 1945, que surgiu logo após a criação do Conselho Federal de Medicina (CFM). Também, em 1953, foi elaborada uma nova edição, esta gerada 02 anos após a criação da Associação Médica Brasileira (AMB). Nesta marcha evolutiva foram produzidas as edições de 1965, 1984 e de 1988, sendo esta última versão a que se encontra em pleno vigor.

O que nos parece claro e patente é que são os fenômenos sociais, a movimentação de grupos, a evolução do pensamento e a pressão que a sociedade exerce frente às circunstâncias em que vive, é que acelera e faz serem necessárias as incorporações reclamadas pela evolução e contemplando uma melhor clareza na relação tripartite médico-paciente-sociedade.

Os fatos falam por si. Em 1931 vivíamos a época autoritária do Estado Novo. Em 1945 vivíamos a Segunda Guerra Mundial. Já a edição advinda de 1953 encontrava uma sociedade às portas da era desenvolvimentista em nosso país.

Novo período autoritário e de sombras influiu na edição de 1965. Já as edições de 1984 e 1988 são, respectivamente, fruto da distensão política e da ação da Constituinte que acenava para o nosso país uma aurora democrática.

Qualquer que seja a análise não se pode desconhecer esta forte influência que este corte histórico e sociológico nos aponta.

Cabe ressaltar, ao fim, que se a identificação de suas origens é valiosa, não é tão importante quanto o conhecimento de sua íntegra. A sua leitura é indispensável como fonte que permite esclarecer dúvidas quanto ao comportamento a se adotar em situações por nós vividas no dia-a-dia.

O exercício da Medicina e suas múltiplas interfaces estão ali acessíveis, seja no proceder com o paciente, familiares ou colegas, seja na pesquisa e publicidade, além dos documentos gerados por nossa ação, sem deixar de responder às questões do sigilo e do mercado de trabalho.

Portanto, a sua leitura e o seu seguimento enriquecerão e complementarão todo o conhecimento científico adquirido e terá como resultado a boa prática médica.

ATESTADO E PRONTUÁRIO MÉDICOS

MATILDE ANTUNES DA COSTA E SILVA

Graduação pela UNIRIO (1976). Clínica Médica. Ex-primeira Tesoureira do CREMERJ. Membro da Comissão Estadual de Residência Médica do Estado do Rio de Janeiro (CEREMERJ). Coordenadora da Comissão de Médicos Recém Formados do CREMERJ. Membro da Coordenação das Comissões de Ética Médica do CREMERJ.

O atestado e o prontuário médicos são documentos integrantes do Ato Médico devendo ser valorizados pelos médicos recém-formados. A emissão dos atestados e o preenchimento dos prontuários devem ser feitos de forma adequada e correta, para que alcancem seu fim social e evitem aos médicos transtornos de ordem ética e penal.

ATESTADO MÉDICO

O atestado médico é um documento que tem fé pública, ou seja, presunção de veracidade.

Deve ser elaborado em letra legível, constando referência à solicitação do interessado, finalidade a que se destina, local, data e assinatura do médico com o respectivo carimbo ou número de registro do Conselho Regional de Medicina.

O médico não deve cobrar separadamente o atestado, estando este incluído na consulta.

A revelação explícita do diagnóstico, codificado ou não, não deve ser feita, visto ter o médico o dever do sigilo que a profissão lhe impõe, a não ser em caso de dever legal, justa causa ou pedido expresso do paciente.

A conduta ética acerca dos atestados médicos está claramente expressa no artigo 39 e nos artigos 110 a 117 do capítulo X do nosso Código de Ética Médica.

Deve-se também consultar a Resolução CFM nº 1.658/2002, que normatiza a emissão de atestados médicos.

PRONTUÁRIO MÉDICO

O prontuário médico é um documento para registro e acompanhamento dos eventos relacionados ao processo saúde-doença do indivíduo, sendo instrumento valioso para o paciente, para o médico e demais profissionais de saúde. É utilizado também em pesquisa, estudos epidemiológicos e na avaliação da qualidade da assistência médica prestada.

O correto e completo preenchimento do prontuário é grande aliado do médico para sua eventual defesa judicial.

As anotações devem ser, portanto, feitas de forma legível, devendo o médico assinar e carimbar, ou escrever seu nome legível e sua respectiva inscrição no Conselho Regional de Medicina.

A estrutura básica do prontuário tem que contemplar itens considerados obrigatórios como anamnese, exame físico, hipóteses diagnósticas e planejamento quanto à conduta terapêutica.

A evolução deve ser diária, com a anotação de exame físico, exames complementares solicitados e seus resultados, além do tratamento efetuado.

As prescrições devem também ser diárias com detalhamento de doses e forma de administração.

A alta deve conter um sumário com diagnósticos definitivos e tratamentos efetuados.

É importante evitar, nos prontuários médicos, o uso de lápis, líquidos corretivos e deixar folhas em branco.

O direito de acesso ao prontuário médico pelo paciente e a importância de sua elaboração estão expressos nos artigos 69, 70 e 71 do Código de Ética Médica.

Deve-se também consultar a Resolução CFM nº 1.605/2000, que dispõe sobre a divulgação dos dados contidos nos prontuários médicos.

MÁRCIA ROSA DE ARAUJO

Graduação pela UERJ (1978). Especialista em Cirurgia Plástica. Presidente do CREMERJ. Responsável pela Câmara Técnica de Cirurgia Plástica do CREMERJ. Membro da COMSSU - Comissão de Saúde Suplementar do CREMERJ. Membro Titular da Academia de Medicina do Rio de Janeiro. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Hospital da Lagoa.

Ao longo das gestões da Causa Médica, o CREMERJ, com a SOMERJ, as Sociedades de Especialidades e a Central Médica de Convênios têm mobilizado os médicos em defesa dos seus interesses e dos pacientes junto às operadoras de planos de saúde. Neste período, foi promulgada a Lei nº 9.656/98, que regulamentou a atuação dos planos de saúde, determinando vários direitos dos pacientes. A ANS, criada por lei em 2000, disciplinou o setor, mas somente no último Governo Federal vem se aproximando e dialogando com as entidades médicas.

Recentemente, os médicos conquistaram, da ANS, normas para os contratos entre médicos e operadoras, fruto da mobilização, como a previsão do reajuste anual, multa por atraso no pagamento dos honorários, prazos de contratos, dentre outras.

Mobilizamos os médicos desde 1993 e, hoje, a COMSSU (Comissão de Saúde Suplementar do CREMERJ) não só participa das negociações dos honorários com as operadoras junto com as demais Sociedades de Especialidades, como também avalia denúncias de médicos e pacientes referentes a glosas, negativas de procedimentos e possíveis práticas antiéticas. Exigimos esclarecimentos e apuramos. Em vários casos, a COMSSU reverte e negocia diretamente com o responsável técnico das operadoras. Existem muitas questões ainda que suscitam a vigilância dos médicos, como a necessidade de todas as operadoras se registrarem nos Conselhos para possibilitar uma fiscalização efetiva de suas ações.

Nestes anos, é a mobilização e organização dos médicos que têm sido fundamental para garantir a recuperação dos honorários e implementação da CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Honorários e Procedimentos Médicos).

É importante salientar que este é um mercado que está diretamente relacionado com o poder aquisitivo da população, estando, nos últimos anos, estável no seu número de usuários, em torno de 35 milhões em todo o Brasil.

GREVE E RESIDÊNCIA MÉDICA

PABLO VAZQUEZ QUEIMADELOS

Graduação pela Fundação Técnico-Educacional Souza Marques (1985). Especialista em Clínica Médica e em Geriatria. Diretor Primeiro Secretário do CREMERJ. Responsável e Coordenador das Câmaras Técnicas de Terapia Intensiva e de Medicina de Família e Comunidade do CREMERJ. Responsável pelos Grupos de Trabalho sobre Assistência Domiciliar e sobre Saúde do Idoso do CREMERJ. Coordenador da Comissão de Saúde Pública do CREMERJ. Membro da Comissão de Médicos Recém Formados do CREMERJ. Hospital Municipal Souza Aguiar. Hospital Espanhol.

A Residência Médica é o modelo de especialização médica reconhecido mundialmente como de excelência. Por isso, ela é um elemento essencial para a qualificação do SUS e de toda a prática médica. O atendimento médico, visando às necessidades do paciente com toda a abrangência e com a melhor técnica nos seus mais variados aspectos como biológica, psíquica e social, é o maior compromisso ético do médico.

O respeito pela pessoa que está sendo atendida, o conhecimento e a experiência médica são transmitidos pelo preceptor, enquanto o residente estimula, em toda a equipe, atividades de estudo e uma maior discussão do atendimento de cada paciente.

Essa cooperação entre os médicos residentes e os médicos do corpo clínico é fundamental para a instituição, pois estimula o aprimoramento profissional sob o aspecto técnico e ético, e dificulta a acomodação. Muitas vezes o médico residente percebe que há deficiências materiais ou de recursos humanos que dificultam um maior aproveitamento dos Programas de Residência Médica e, geralmente, são os primeiros a lutar contra elas.

Também, voltam a lutar pelos seus direitos trabalhistas e de melhor remuneração. Nesse aspecto, historicamente, os médicos residentes tiveram um papel importante, na primeira greve em plena ditadura militar. É uma experiência importante para um médico recém-formado lutar por uma remuneração digna para o trabalho médico. A luta pela ampliação do número de vagas para Residência Médica e por um valor da bolsa mais justo, que permita ao médico residente dedicar-se à sua especialização, representa a força jovem do movimento sindical e estimula um maior envolvimento destes médicos com a luta mais ampla do povo brasileiro por um país mais democrático.

A valorização da bolsa representa o fortalecimento da Residência Médica e da instituição hospitalar. A vitória da greve dos Residentes é também de interesse dos demais médicos e da sociedade em geral. Por isso os staffs devem se esforçar no apoio para liberar os médicos residentes para que possam fazer seu movimento, realizar assembléias, manifestações e a pressão social necessária para garantir o reajuste da bolsa. Os médicos residentes devem estar presentes nos hospitais, procurando sempre a ampliação de apoio ao seu movimento.

Na greve é fundamental também garantir o atendimento às emergências, pois o apoio da população é decisivo para chegarmos à vitória e também porque é um compromisso ético que temos com ela.

COMO MONTAR SEU CONSULTÓRIO: INFORMAÇÕES SOB MEDIDA PARA O SEU NEGÓCIO

PAULO CESAR GERALDES

Graduação pela UFRJ (1972). Especialista em Psiquiatra pelo IP-UFRJ. Especialista em Administração Hospitalar pela PUC-RJ. Mestre em Saúde Pública pela UERJ. Doutor em Saúde Mental pela UFRJ. Administrador pela Faculdade de Economia e Administração da UFRJ. Ex-Presidente do CREMERJ. Assessor da Presidência do CREMERJ. Responsável pela Câmara Técnica de Psiquiatria e Saúde Mental e pelo Grupo de Trabalho sobre Gestão Hospitalar do CREMERJ. Professor Titular de Administração Hospitalar da Escola de Pós-Graduação Médica da PUC-RJ. Médico Psiquiatra do Ministério da Saúde e do IASERJ.

Os dados aqui apresentados foram extraídos de publicações técnicas e, em linhas gerais, não têm a pretensão de ser um guia para a implementação do respectivo negócio. É destinado apenas à apresentação de um panorama da atividade, com informações práticas e objetivas referentes à constituição e requisitos para a abertura de consultório mantido por médicos, que poderá enriquecer suas idéias, mas carecerá de um estudo mais detalhado e específico para a implementação do seu empreendimento.

O QUE FAZER ANTES DE ABRIR UM CONSULTÓRIO ?

Depois de passar anos estudando para obter o diploma, o recém-formado em medicina se depara com diversos dilemas referentes à sua carreira, como:

- 1) a especialização a fazer;
- 2) o local a trabalhar;
- 3) a cidade onde se estabelecer;
- 4) a forma ética de divulgar seu consultório e obter novos pacientes;
- 5) quando, onde e como montar um consultório;
- 6) a forma certa de atuar que una uma prática ética com uma justa remuneração; entre outras.

Estas questões tornam-se mais um elemento decisivo para o gerenciamento da carreira e do próprio sucesso e satisfação do médico. Para resolvê-las de forma adequada, sugerimos que o estudante de medicina inicie um planejamento destas questões antes de terminar sua graduação. Em outras palavras, que se dedique nos dois últimos anos da faculdade a conhecer, pesquisar, refletir e planejar soluções para estas situações e dilemas.

EU ME FORMEI: ABRO UM CONSULTÓRIO?

A inauguração de seu próprio consultório é, com certeza, a maior realização e o maior sonho de um médico recém-formado rumo ao seu desenvolvimento e ascensão profissional. Porém, com a competição em alto grau, todo o planejamento é necessário, para tornar este consultório uma instituição de muito sucesso.

Abrir um consultório significa dedicar um considerável tempo para ver diversos detalhes necessários para sua abertura e, principalmente, assumir novos custos, como o kit básico necessário para o atendimento, aluguel, condomínio, IPTU e outras taxas, telefone, água, luz, secretária, faxineira etc. Neste sentido, sugerimos inclusive que você, enquanto estudante, faça uma lista de perguntas e entreviste diversos médicos estabelecidos com diferentes perfis e especialidades. Estes perfis podem incluir quem recém abriu um consultório ou com 5, 10 e 20 anos de formado; quem possui consultório individual ou com 2, 3 ou mais sócios; quem possui uma clínica e que trabalha com formato de condomínio - cada um divide as despesas e fica com o seu próprio faturamento - ou com formato caixa único - todos os sócios recebem o mesmo valor, entre outros perfis que se aproximem daquilo que você pretende fazer.

Para quem não dispõe do dinheiro necessário para este investimento inicial existem algumas saídas:

- Trabalhar nas chamadas clínicas populares - são conjuntos de consultórios, geralmente localizados em bairros de periferia, voltado para a população de baixa renda e muitas vezes administrados por um médico mais experiente e com capital. Lá o médico iniciante trabalha por comissão.
- Ser funcionário de um plano de saúde - neste caso o recém-formado atende os associados do plano em um consultório de propriedade da empresa de saúde e recebe um fixo mensal (e os benefícios previstos por Lei), tendo registro na carteira profissional. O problema é que nem sempre este mercado privado é acessível aos jovens médicos.
- Trabalhar em clínicas para ganhar experiência e montar sua própria carteira de clientes.
- Outra boa opção é buscar alternativas no interior - há vários municípios brasileiros sem um único médico sequer.
- Outra área de extrema carência e necessidade de profissionais é a de atendimento público. Ao terminar a residência, os recém-formados devem fazer concurso com vínculo trabalhista e todas as garantias.

ALGUMAS DICAS PARA O MÉDICO RECÉM-FORMADO QUE DESEJA ABRIR UM CONSULTÓRIO

Localização. A escolha do local e do espaço físico necessário para instalar seu negócio é uma decisão muito importante para o sucesso do empreendimento; leva-se em consideração a localização do ponto comercial, as facilidades de acesso, a existência de estacionamento etc. Analise também se a dimensão do ponto atende às necessidades da sua atividade, verifique as instalações elétricas e hidráulicas, veja quais reformas serão necessárias e qual a periodicidade de obras de conservação.

Estrutura. A estrutura de um consultório deve contar com uma área de 7,5 m² com dimensão mínima = 2,2 m, que deverá contar com:

- sala de espera (com poltronas fixas, ventilação/renovação de ar adequada) para pacientes e acompanhantes;
- área para registro de pacientes/marcação;
- ante-sala de consulta e o consultório propriamente dito, onde são feitos os exames do paciente, e que deve ficar discretamente isolado da ante-sala, através de um biombo, com maca alta para exames e lavabo;
- sanitários para pacientes e público (masculino e feminino);
- sala de utilidades;
- depósito de material de limpeza.

O espaço físico do consultório, os documentos, as pessoas, o equipamento, enfim, tudo aquilo que está interagindo para um objetivo final, seja um produto ou serviço, precisa estar bem ordenado, limpo, transmitir uma boa impressão ao paciente. Todos os recursos da empresa precisam estar muito bem ordenados para otimizar o processo que leva ao produto final ou à prestação do serviço. Admitem-se consultórios agrupados sem ambientes de apoio, desde que funcionem de forma individual. Nesse caso os ambientes de apoio se resumem a sala(s) de espera e recepção e sanitários(s) para público e, caso haja consultórios de ginecologia, proctologia e urologia, sanitário para pacientes anexo a esses.

Investimento. Irá variar de acordo com a estrutura do empreendimento. Estude, procure informações antes de se aventurar a dar o primeiro cheque. Existem diversos sites, informativos, livros e até entidades como o SEBRAE que mesmo sem ser específico para nossa classe nos dão boas noções de como começar um negócio. Converse com outros colegas, mas filtre com muita paciência as informações. Somente assim você poderá aproveitar e identificar oportunidades, sempre pesquisando nas melhores fontes, promovendo sua curiosidade por novos caminhos que levem ao progresso da empresa.

Equipamentos. Os equipamentos básicos podem ser divididos entre:

- equipamentos médicos básicos (termômetro, estetoscópio, esfigmomanômetro, balança antropométrica, balança “baby”, autoclave para esterilização, mocho mecânico, mesa para balança e mesa alta estofada para exames clínicos etc.);
- equipamentos administrativos (armário para guarda de materiais, lavatório e reservatório de água, escadinha de dois degraus, ar condicionado, móveis e equipamentos de escritório, telefone, fax, computador etc.).

Os equipamentos nacionais são mais baratos e podem ser comparados com alguns modelos importados. Avalie a possibilidade de fazer um *mix* de produtos de marcas diferentes. Equipamentos usados podem ser uma alternativa.

Pessoal. Deverá contar com uma (1) atendente. Motive e incentive *sempre* sua equipe. Administrar é planejar, executar e controlar.

Clientes. A clientela de um consultório médico é formada, geralmente, por pacientes particulares e conveniados com os mais diversos Planos de Saúde disponíveis no mercado nacional. Trate bem seus clientes, atendimento é tudo na profissão. Seja honesto, você pode perder alguns clientes, mas ganha respeito e notoriedade com esta postura e a recompensa virá.

Serviços. Um consultório médico presta serviços considerados médico-ambulatoriais, representados por consultas médicas. A prestação de outros serviços, tais como cirurgias, internações, etc., ensejam outro tipo de empreendimento, caracterizado por clínica médica ou, até mesmo, hospital de pequeno porte.

Atendimento. O fluxo de atendimento de um consultório médico, em geral, é composto pela *marcação da consulta*, que pode ser feita diretamente pelo paciente à recepcionista, ou por telefone.

Lembretes importantes:

- Estabelecer uma estratégia de conquista da clientela, ou seja, a quem pretende ter como clientes, a qual segmento estará voltado (particular e/ou convênios);
- Estar atualizado com relação às normas estipuladas pelos diversos convênios e suas exigências quanto à capacitação, especialização, bem como das políticas de remuneração adotadas;
- Adotar um alto padrão de atendimento e profissionalismo, sem descuidar dos importantes aspectos da qualificação e especialização profissional, são fatores que a médio e longo prazos, tenderão a consolidar prestígio do consultório médico e de seu titular com resultados financeiros compensadores;
- Cuidar da parte social da profissão, disponibilizando, sempre que possível, horários para atendimentos filantrópicos, caso não esteja exercendo a profissão junto a entidades de assistência pública.
- Mantenha uma administração competente.
- Seja excelente tecnicamente, mas aprenda noções de administração, marketing e gestão.
- Seja humilde e quando não souber e/ou não tiver tempo. Contrate alguém que te auxilie a fazer ou faça por você.
- Continue a trabalhar para clínicas até ter sua carteira de clientes. Pode demorar para você ter clientes suficientes para manter o consultório.
- Busque informações nos seus concorrentes; faça uma análise detalhada de seus produtos e serviços, verifique suas qualidades, anote possíveis defeitos, veja como você pode fazer melhor, crie diferencial.
- Dividir as despesas com outro profissional pode ser uma boa ajuda, mas cuidado na hora de decidir com quem fazer esta divisão. Manter uma sociedade com alguém é sempre difícil.

- As associações da classe podem ser uma boa ajuda. Além de oferecerem cursos de especialização, assessoram os profissionais na hora da montagem do consultório.
- Avalie a possibilidade de trabalhar fora dos grandes centros, onde o mercado já está saturado. O interior é uma ótima escolha pois é alta a carência de profissionais da área.
- Analise a sua capacidade de relacionamento com colegas e futuros clientes e organização pessoal e financeira.
- Trate seu consultório como uma empresa.
- Respeite e separe *seu dinheiro* do *dinheiro da empresa*.
- Calcule seus honorários profissionais. Identifique as diversas formas de pagamentos e estabeleça metas de crescimento.

COMO LEGALIZAR UM CONSULTÓRIO

Atendendo às inúmeras dúvidas dos médicos recém-formados, o CREMERJ indica a seguir os “links” que apresentam os procedimentos para obter o Alvará de Licença para Estabelecimento (como consultórios médicos), a inscrição no ISS e o licenciamento na Vigilância Sanitária, na cidade do Rio de Janeiro.

O novo empresário deve procurar a **Prefeitura da Cidade onde pretende montar seu empreendimento** para conhecer a legislação local e obter informações quanto às instalações físicas da empresa (com relação à localização) e também o Alvará de Funcionamento (documento administrativo, de abrangência municipal, de periodicidade anual, que visa conferir legalidade no funcionamento e na ocupação do solo pela empresa). Nenhum imóvel poderá ser ocupado ou utilizado para instalação e funcionamento de usos não-residenciais sem a prévia emissão, pela prefeitura, da licença correspondente para não ser configurada situação irregular. Não se intimide com a burocracia e, passo a passo, conquiste o seu objetivo!

1º Passo – ALVARÁ DE LICENÇA PARA ESTABELECIMENTO e IMPOSTO SOBRE SERVIÇOS - ISS

Conforme o determinado pela **Resolução SES nº 1.262, de 08 de dezembro de 1998**, compete ao Município do Rio de Janeiro licenciar os estabelecimentos de interesse à saúde.

O médico deverá acessar a página da Prefeitura do Rio, no endereço <http://www.rio.rj.gov.br>, a fim de conhecer os trâmites para a obtenção do Alvará de Licença e a respectiva inscrição como contribuinte no ISS.

2º Passo – LEGALIZAÇÃO JUNTO À VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Licenciamento Sanitário Obrigatório

De acordo com a **Resolução SMG “N” nº 693, de 17 de agosto de 2004**, da Prefeitura do Rio de Janeiro, todos os estabelecimentos que prestam serviço de saúde devem estar cadastrados junto à Vigilância Sanitária Municipal, órgão competente para fiscalizar e licenciar as clínicas, consultórios, ambulatórios e toda área de saúde. O licenciamento atestará as boas condições físicas, higiênico-sanitárias e documental do estabelecimento. Os termos do licenciamento se classificam em:

- Termo de Licenciamento Sanitário - exigido para estabelecimentos e veículos assistenciais de interesse à saúde, de **pessoa jurídica**, tais como: clínicas, hospitais, ambulatórios, asilos, laboratórios, farmácias, salões de beleza, serviços de radiologia, etc.
- Termo de Assentimento Sanitário - exigido para consultórios de diversas áreas de saúde, de **pessoa física**, sendo concedido quando o início das atividades, não sendo necessária a revalidação anual.

O profissional deverá acessar a página da Vigilância Sanitária, no endereço http://www2.rio.rj.gov.br/governo/vigilanciasanitaria/regulizar_assentsanitario.cfm, para conhecer as informações referentes à legalização junto à Secretaria Municipal de Governo, com vistas à obtenção do licenciamento através do Termo de Assentimento Sanitário.

Local para requerimento do licenciamento: Protocolo Geral da Prefeitura. Rua Afonso Cavalcanti, 455 - térreo, de 9h as 17h.

3º Passo – LEGALIZAÇÃO JUNTO AO CORPO DE BOMBEIROS

O médico deverá acessar a página da Secretaria de Estado de Defesa Civil, no endereço <http://www.defesacivil.rj.gov.br> (item "INFORMAÇÕES PARA EMPRESAS"), para saber as instruções necessárias à obtenção do Certificado de Aprovação do Corpo de Bombeiros.

Consulta prévia do local

Antes de iniciar a abertura de sua empresa você deve consultar a situação dos sócios, pesquisar o nome da futura empresa, pedir o boletim informativo do imóvel onde o negócio irá funcionar, consultar licenças necessárias, enfim, tomar uma série de providências para não travar o processo de abertura do seu empreendimento.

Portanto, ter o acompanhamento de um profissional de Contabilidade é uma medida segura e eficiente para o bom andamento do negócio.

NORMAS PARA PROJETOS FÍSICOS DE ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE

A norma que regulamenta todos os projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS), inclusive consultórios, é a **Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**, que "*Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde*".

(<http://www.anvisa.gov.br>).

ENDEREÇOS E TELEFONES ÚTEIS

CREMERJ

Praia de Botafogo, nº 228 - Botafogo - Rio de Janeiro, RJ

CEP: 22.250-040

Tel.: (21) 3184-7050

Fax: (21) 3184-7120

Site: www.cremerj.org.br

E-mail: cremerj@cremerj.org.br

CFM - Conselho Federal de Medicina

SGAS, 915, Lote 72 - Brasília/DF

CEP: 70.390-150

Tel.: (61) 3346-9800

Fax: (61) 3346-0231

Site: www.portalmedico.org.br

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - RJ

Rua México, nº 128 - 5º andar

Tel.: (21) 2240-2768/2224-2868/2240-2275

Site: <http://www.saude.rj.gov.br/>

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - RJ

Rua Afonso Cavalcanti, nº 455 - 8º andar

Tel.: (21) 2503-2280/2503-2239

Site: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/>

VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL

Rua do Lavradio, 180 - Centro

Site: www.rio.rj.gov.br/vigilanciasanitaria

E-mail: ouvidovisa@pcrj.rj.gov.br

Engenharia Sanitária e Ambiental: 2224-2200

Setor de Saúde: 2215-0687

Setor de Alimentos: 2215-0686

Educação Sanitária: 2215-0689

Reclamações/Denúncias: 2503-2280/2215-0690

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Tel.: (61) 3448-1000

Site: <http://www.anvisa.gov.br/>

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Esplanada dos Ministérios - Bloco G - Brasília/DF

CEP: 70.058-900

Tel.: (61) 3315-2425

Site: <http://www.saude.gov.br>

DISQUE SAÚDE: 0800 61 1997

PROCON - Rio de Janeiro

Rua do Ouvidor, 54, Centro - Rio de Janeiro, RJ

CEP: 20.040-030

Tel.: (21) 2299-2872

Site: <http://www.consumidor.rj.gov.br>

SEBRAE - Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas

Site: <http://www.sebrae.com.br>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. **Arquitetura e engenharia em saúde. Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.**

Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/arg/index.htm>>. Acesso em: 10 ago. 2006.

BANCO DO BRASIL. **Canal de carreira.**

Disponível em: <<http://www.bb.com.br/appbb/portal/pjv/car/Negocio.jsp#4>>. Acesso em: 07 ago. 2006.

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA (1ª Região). **Como legalizar um consultório.**

Disponível em: <<http://www.cfa1.org.br/consultorio.html>>. Acesso em: 11 dez. 2006.

CREMESP. **Guia de pessoas jurídicas na área médica.**

Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br>>. Acesso em: 20 set. 2006.

EU ME FORMEI: abro um consultório?

Disponível em: <http://www.universia.com.br/html/materia/materia_fhcf.html>. Acesso em: 20 out. 2006.

O PRIMEIRO consultório ninguém esquece.

Disponível em: <http://www.universia.com.br/html/materia/materia_cde.html>. Acesso em: 27 out. 2006.

O QUE fazer antes de abrir um consultório: primeiro passo.

Disponível em: <http://www.sertaoggi.com.br/msestudantes2004/artigo_02.php3> Acesso em: 27 out. 2006.

RECEITA PARA MONTAR HOSPITAL. **J. Comercio**, 19 set. 1993.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal. **Alvará de licença para estabelecimento.**

Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/>>. Acesso em: 14 ago. 2006.

ROCHA, Marcos Antonio. **Montar ou não montar meu consultório dentário?** Eis a questão.

Disponível em: <<http://www.odontosites.com.br/>>. Acesso em: 27 out. 2006.

SEBRAE. **Formalize sua empresa.**

Disponível em: <<http://www.sebrae.com.br/>>. Acesso em: 07 ago. 2006.

SEBRAE/ES. Consultório médico. **In:** Idéias de negócios.

Disponível em: <<http://www.sebraees.com.br/>>. Acesso em: 07 ago. 2006.

SEBRAE/RJ. **Roteiro básico para legalização de empresa.**

Disponível em: <<http://www.sebraerj.com.br/>>. Acesso em: 07 ago. 2006.

SEBRAE/SP. **Como pode ser a atuação do prestador de serviços médicos?**

Disponível em: <<http://www.sebraesp.com.br/>>. Acesso em: 07 ago. 2006.

RESIDÊNCIA MÉDICA - LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA

DECRETO FEDERAL Nº 80.281, DE 05 DE SETEMBRO DE 1977

Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências.

(...) **DECRETA:**

Art. 1º - A Residência em Medicina constitui modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. (...)

LEI FEDERAL Nº 6.932, DE 07 DE JULHO DE 1981

Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências.

(...) **Art. 1º** - A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

§ 1º - As instituições de saúde de que trata este artigo somente poderão oferecer programas de Residência Médica depois de credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica.

§ 2º - É vedado o uso da expressão “residência médica” para designar qualquer programa de treinamento médico que não tenha sido aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 2º - Para a sua admissão em qualquer curso de Residência Médica o candidato deverá submeter-se ao processo de seleção estabelecido pelo programa aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 3º - O médico residente admitido no programa terá anotado no contrato padrão de matrícula:

- a) a qualidade de médico residente, com a caracterização da especialidade que cursa;
- b) o nome da instituição responsável pelo programa;
- c) a data de início e a prevista para o término da residência;
- d) o valor da bolsa paga pela instituição responsável pelo programa.

Art. 4º - “Art. 4º Ao médico residente será assegurada bolsa no valor correspondente a R\$ 1.916,45 (mil, novecentos e dezesseis reais e quarenta e cinco centavos), em regime especial de treinamento em serviço de 60 (sessenta) horas semanais.” (**Retificação feita em dezembro de 2006**)

§ 1º - As instituições de saúde responsáveis por programa de residência médica oferecerão aos residentes alimentação e alojamento no decorrer do período da residência.

§ 2º - Ao médico residente, inscrito na Previdência Social na forma deste artigo, serão assegurados todos os direitos previstos na Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, bem como os decorrentes do seguro de acidentes do trabalho.

§ 3º - À médica residente será assegurada a continuidade da bolsa de estudo durante o período de 4 (quatro) meses, quando gestante, devendo, porém, o período da bolsa ser prorrogado por igual tempo para fins de cumprimento das exigências constantes do art. 7º desta Lei.

Art. 5º - Os programas dos cursos de Residência Médica respeitarão o máximo de 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão.

§ 1º - O médico residente fará jus a um dia de folga semanal e a 30 (trinta) dias consecutivos de repouso, por ano de atividade.

§ 2º - Os programas dos cursos de Residência Médica compreenderão, num mínimo de 10% (dez por cento) e num máximo de 20% (vinte por cento) de sua carga horária, atividades teórico-práticas, sob a forma de sessões atualizadas, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, de acordo com os programas pré-estabelecidos.

Art. 6º - Os programas de Residência Médica credenciados na forma desta Lei conferirão títulos de especialistas em favor dos médicos residentes neles habilitados, os quais constituirão comprovante hábil para fins legais junto ao sistema federal de ensino e ao Conselho Federal de Medicina.

Art. 7º - A interrupção do programa de Residência Médica por parte do médico residente, seja qual for a causa, justificada ou não, não o exime da obrigação de, posteriormente, completar a carga horária total de atividade prevista para o aprendizado, a fim de obter o comprovante referido no artigo anterior, respeitadas as condições iniciais de sua admissão. (...)

Art. 8º - A partir da publicação desta Lei, as instituições de saúde que mantenham programas de Residência Médica terão um prazo máximo de 6 (seis) meses para submetê-los à aprovação da Comissão Nacional de Residência Médica. (...)

LEI FEDERAL Nº 11.381, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2006

Altera a Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente, e revoga dispositivos da Lei nº 10.405, de 09 de janeiro de 2002.

(...) **Art. 1º** - O art. 4º da Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 4º - Ao médico residente será assegurada bolsa no valor correspondente a R\$ 1.916,45 (mil, novecentos e dezesseis reais e quarenta e cinco centavos), em regime especial de treinamento em serviço de 60 (sessenta) horas semanais.” (...)

Art. 2º - Esta Lei produzirá efeitos financeiros a partir de 1º de janeiro de 2007.

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

Art. 4º - Ficam revogados os arts. 1º e 2º da Lei nº 10.405, de 09 de janeiro de 2002. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.634, DE 11 DE ABRIL DE 2002

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.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º - Aprovar o Convênio firmado entre o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica, onde foi instituída a Comissão Mista de Especialidades - CME, que reconhece as Especialidades Médicas e as Áreas de Atuação constante do anexo II do presente instrumento.

Art. 2º - Outras especialidades e áreas de atuação médica poderão vir a ser reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina mediante proposta da Comissão Mista de Especialidades.

Art. 3º - Fica vedado ao médico a divulgação de especialidade ou área de atuação que não for reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina ou pela Comissão Mista de Especialidades.

Art. 4º - O médico só pode declarar vinculação com especialidade ou área de atuação quando for possuidor do título ou certificado a ele correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina.

Art. 5º - Fica vedado, por qualquer motivo, o registro e reconhecimento das especialidades não constantes do anexo II do convênio.

Parágrafo único - Excetua-se do caput deste artigo a documentação de pedido de avaliação para efeito de registro de especialidade que tiver sido protocolada nos Conselhos Regionais de Medicina até a data de publicação desta resolução.

Art. 6º - Revogam-se todas as resoluções existentes que tratam de especialidades médicas, em especial as Resoluções CFM nº 1.286/89, 1.288/89, 1.441/94, 1.455/95, respeitados os direitos individuais adquiridos.

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

Consulte na íntegra: www.portalmedico.org.br.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.666, DE 07 DE MAIO DE 2003

Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.634/2002, 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.

Consulte na íntegra: www.portalmedico.org.br.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.669, DE 1º DE JUNHO DE 2003

Dispõe sobre o exercício profissional e os programas de pós-graduação no Brasil do médico estrangeiro e do médico brasileiro formado por faculdade estrangeira.

Consulte na íntegra: www.portalmedico.org.br.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.712, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2003

Regulamenta a inscrição de médico estrangeiro no tocante ao Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa e revoga a Resolução CFM nº 1.620/2003.

Consulte na íntegra: www.portalmedico.org.br.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.763, DE 16 DE FEVEREIRO DE 2005

Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.666/2003, 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.

Consulte na íntegra: www.portalmedico.org.br.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.772, DE 12 DE AGOSTO DE 2005

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.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º - Instituir os Certificados de Atualização Profissional para portadores de títulos de especialista e certificados de áreas de atuação, concedidos no país de acordo com a legislação pertinente.

§ 1º - O processo de certificação de atualização profissional passará a vigorar a partir de 1º/1/2006.

§ 2º - Os portadores dos títulos de especialista e certificados de áreas de atuação emitidos a partir de 1º/1/2006 terão o prazo de até 5 (cinco) anos para se submeterem obrigatoriamente ao processo de certificação de atualização profissional, sob pena de perda do registro desses títulos e/ou certificados.

§ 3º - Os portadores dos títulos de especialista e certificados de áreas de atuação emitidos até 31/12/2005 poderão aderir a este processo de certificação de atualização profissional, ficando sob a égide das normas e regulamentos estabelecidos nesta resolução.

I - Os médicos que aderirem ao programa e preencherem os requisitos necessários receberão um Certificado de Atualização Profissional em sua especialidade e/ou área de atuação, com validade de 5 (cinco) anos;

II - Os médicos incluídos no caput do parágrafo 3º e que não aderirem ao programa de certificação de atualização profissional continuarão com o(s) seu(s) registro(s) de especialização e/ou área(s) de atuação inalterado(s) nos Conselhos Regionais de Medicina.

§ 4º - Os Certificados de Atualização Profissional devidamente registrados nos Conselhos Regionais de Medicina darão direito a seu uso para divulgação e publicidade.

§ 5º - A divulgação da referida certificação não comprovada constitui falta ética grave.

Art. 2º - Cria-se o Cadastro Nacional de Atualização Médica nos Conselhos Regionais de Medicina onde se farão os registros dos Certificados de Atualização Profissional previstos nesta resolução.

Art. 3º - Cria-se a Comissão Nacional de Acreditação (CNA), composta por um membro da diretoria do Conselho Federal de Medicina (CFM), um membro da diretoria da Associação Médica Brasileira (AMB) e dois delegados de cada um destes órgãos, a serem indicados pelas respectivas diretorias, com a competência de:

I - Elaborar as normas e regulamentos para a certificação de atualização profissional dos títulos e outras questões referentes ao tema;

II - Estabelecer o cronograma do processo de certificação de atualização profissional;

III - Emitir a certificação de atualização profissional de acordo com suas normas e regulamentos.

Art. 4º - As normas e regulamentos elaborados pela Comissão Nacional de Acreditação somente entrarão em vigor após serem homologadas pelo CFM.

Art. 5º - Revoga-se a Resolução CFM nº 1.755/04. (...)

Art. 6º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.785, DE 05 DE ABRIL DE 2006

Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.763/05, 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).

Consulte na íntegra: www.portalmédico.org.br.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.792, DE 12 DE MAIO DE 2006

Altera a Resolução CFM nº 1.712/03, que dispensa a proficiência em língua portuguesa de médicos oriundos de Países de expressão Portuguesa e estrangeiros graduados em medicina no Brasil.

Consulte na íntegra: www.portalmédico.org.br.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.793, DE 12 DE MAIO DE 2006

Altera o artigo 7º da Resolução CFM nº 1.669/03, que dispõe sobre o exercício profissional para os programas de pós-graduação no Brasil do médico estrangeiro e do médico brasileiro formado por faculdade estrangeira.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º - Alterar o parágrafo 3º do artigo 7º da Resolução nº 1.669, de 13 de junho de 2003, que passa a ter a seguinte redação abaixo: "Haverá, nos Conselhos Regionais de Medicina, registros dos médicos estrangeiros e de brasileiros com diploma de Medicina obtido em faculdade no exterior, porém não revalidado, participantes de programa de ensino de pós-graduação, cujo controle será feito em livro próprio, contendo a seguinte sigla e numeração seqüencial: Estudante médico estrangeiro nº - UF, data de início e término do curso, porém sem emissão de qualquer tipo de carteira ou identificação do registrado e sem pagamento de anuidade."

Art. 2º - Acrescer o parágrafo 4º ao artigo 7º da Resolução nº 1.669, de 13 de junho de 2003, com a seguinte redação: "§ 4º. Os Conselhos Regionais de Medicina devem comunicar ao Conselho Federal de Medicina a presença de médico estrangeiro e de brasileiro com diploma de Medicina obtido em faculdade no exterior, porém não revalidado, participantes de programa de ensino de pós-graduação."

Art. 3º - Acrescer o parágrafo 5º ao artigo 7º da Resolução nº 1.669, de 13 de junho de 2003, com a seguinte redação: "§5º - Os estudantes médicos estrangeiros participantes de programa de ensino de pós-graduação poderão executar, sob supervisão, os atos médicos necessários ao seu treinamento e somente em unidade de ensino a que estiver vinculado, ficando o preceptor responsável pelo mesmo perante o Conselho Regional de Medicina". (...)

Art. 4º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação. (...)

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.808, DE 10 DE NOVEMBRO DE 2006

Dispõe sobre a ilegalidade de registro de diplomas de formatura, emitidos por instituições de ensino superior brasileira que não sejam reconhecidas pelo Ministério da Educação.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º - Os Conselhos Regionais de Medicina somente poderão proceder ao registro de diplomas de formatura expedidos por instituições de ensino superior brasileiras que possuam reconhecimento do curso de medicina pelo Ministério da Educação.

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação. (...)

Art. 3º - Revogam-se as demais disposições em contrário. (...)

PARECER CFM Nº 03/1992

ASSUNTO: Responsabilidade ética do médico residente por atos médicos realizados.

CONSULTA: (...) indaga sobre a responsabilidade ética de Médicos Residentes e Preceptores quando da realização de atos médicos inerentes ao programa de treinamento dos diversos programas de Residência Médica.

Naquela oportunidade, as questões levantadas foram:

1- O Médico Residente no desempenho específico de sua função de residente é eticamente responsável pelos seus atos médicos cometidos?

2- A presença ou não do médico preceptor, ao seu lado, pode ou deve ser levada em consideração para definir ou não a responsabilidade de um ou de outro (residente e preceptor), perante o ato eventualmente discutido?

3- O registro do Médico Residente num Conselho Regional de Medicina transfere ou ampara ao mesmo Médico Residente, enquanto Médico Residente e no comprovado desempenho de sua atividade dentro do Programa de Residência, a responsabilidade ética pelas conseqüências de seus atos de Médico Residente?

PARECER: (...) A consulta acha-se fundamentada nas recentes organizações que tentam responsabilizar juridicamente profissionais que venham a incidir em erros médicos.

Preliminarmente, é de se esclarecer que nos termos do artigo 17 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer dos 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.

Com efeito, o médico ao se inscrever no Conselho Regional de Medicina adquire a prerrogativa de exercer a profissão, visto que a exigência “*sine qua non*” esta satisfeita.

Em que pese a preocupação do consulente, temos que a Residência Médica, conforme dispõe o artigo 1º da Lei nº 6.932, de 07/07/81, é uma modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitários ou não, sob orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

Do texto legal, podemos extrair tópicos visando estabelecer parâmetros de atuação do médico residente.

1- Assim, em primeiro plano a Residência Médica é definida como modalidade de ensino de pós-graduação.

A pós-graduação, “*latu sensu*”, é o complemento da aprendizagem, onde o Residente vai ter o contato direto com o paciente, colocando em prática a teoria obtida nos bancos acadêmicos.

Configura-se, pois, a prática médica, onde o Residente aprimora as habilidades técnicas, o raciocínio clínico e a capacidade de tomar decisões.

2- O segundo tópico é a caracterização da Residência Médica por treinamento em serviço.

É evidente que em se tratando de aprimoramento, o médico residente ao desempenharem suas atividades tem sobre si a responsabilidade pelos atos que pratica.

Neste sentido, o Residente é avaliado acerca dos conhecimentos e habilidades, recebendo supervisão do treinamento.

3- Por último, o texto menciona a responsabilidade de instituições de saúde universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

O Médico Residente apesar de toda a supervisão e orientação, conforme já enfocado, subentende-se que tenha os necessários conhecimentos para tratar da vida humana.

Com efeito, o Residente ao prestar atendimento ao paciente, assume a responsabilidade direta pelos atos decorrentes, não podendo em hipótese alguma atribuir o insucesso a terceiros.

Tal entendimento acha-se embasado no Código de Ética em vigor, em seus artigos 29 “usque” 34, cuja leitura é recomendada.

Desta forma, apesar da possibilidade de ocorrência de aspectos negativos na formação profissional, temos que entre o paciente e o médico existe uma relação jurídica perfeitamente definida por dispositivos legais, existindo para ambos direitos e deveres. Destaca-se entre os deveres dos médicos a responsabilidade. Entre os direitos do paciente, o de não sofrer dano por culpa do médico.

Assim, em conclusão, entendemos que não há como isentar Residentes, Interno e Docente, da responsabilidade jurídica por eventuais danos, uma vez caracterizada a prática de ato ilícito.

No que tange a responsabilidade ética do preceptor, por atos médicos realizados por Médicos Residentes sob a sua supervisão, entendemos que tal responsabilidade é conseqüente ao caráter peculiar da tarefa da preceptoria, redundando no que o Prof. Genival Veloso de França, em seu livro “Direito Médico”, define por “Responsabilidade Derivada” ou “Responsabilidade Compartida”. Nela cada membro de uma equipe médica carrega consigo a co-responsabilidade por atos médicos executados no âmbito da instituição prestadora da assistência médica.

CONCLUSÃO: Concluindo, entendemos que tanto o Médico Residente quanto o Preceptor estão passíveis de responderem ética e juridicamente por atos médicos realizados bastando, para tanto, que cada instância julgante defina a responsabilidade a ser atribuída a cada membro da equipe médica pelo ato médico realizado. É o parecer, S.M.J.

PARECER CFM Nº 13/2002

ASSUNTO: Relação do médico residente com o seu preceptor.

EMENTA: 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 PRM.

PARECER: (...) O Código de Ética Médica estabelece nos artigos 19, 31, 85 e 107 normas quanto ao comportamento do médico nessa relação, a saber:

“Art. 19 - O médico deve ter, para com os seus colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se 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.”

“Art. 31 - Deixar de assumir responsabilidades sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.”

“Art. 85 - Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.”

“Art. 107 - Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei”.

Os requisitos exigidos para o exercício da atuação do preceptor, previstos na legislação que normatiza a Residência Médica, que abordam a relação do médico residente com seu preceptor, valorizam dois aspectos relevantes e que considero importantes citar: 1) a capacitação ético-profissional do preceptor, assegurando a qualidade necessária para uma boa formação; 2) estabelece a proporcionalidade numérica entre preceptor e residente, permitindo uma preceptoria mais efetiva e adequada para o desempenho do treinamento.

Devemos chamar atenção, também, para a importância do preceptor estar consciente de sua responsabilidade compartilhada, segundo definição do professor Genival Veloso, com o médico residente na prática do ato médico realizado durante o treinamento desenvolvido pelo mesmo no PRM.

CONCLUSÃO: Cumprida a regulamentação, torna-se ainda necessário que a relação entre o preceptor e o

médico residente ocorra de maneira respeitosa, inclusive por tratar-se de relação entre profissionais médicos, e que exista, por parte do preceptor, o empenho e o compromisso de exercer suas funções com o máximo de sua capacitação e desprendimento, visando a melhor qualificação para o residente sob sua orientação. (...) Este é o parecer, SMJ.

PARECER CFM Nº 20/2002

ASSUNTO: Greve de médico residente.

EMENTA: Os movimentos médicos reivindicatórios de melhores condições de trabalho e remuneração, mesmo que promovidos por médicos residentes, configuram-se como éticos desde que ressalvadas as situações caracterizadas nos artigos 24 e 35 do C.E.M.

DOS FATOS: (...)

Art. 24 do C.E.M. - É direito do médico:

“Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não o remunerar condignamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina”.

Art. 35 do C.E.M. - É vedado ao médico:

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

(...) **DISCUSSÃO:** A greve ou paralisação das atividades em qualquer setor produtivo ou de serviços é sempre questionável à medida que impede o acesso da coletividade a bens ou serviços que, concretamente, contribuem para o aumento do nível da qualidade de vida dos cidadãos e cidadãs, causando, conseqüentemente, um constrangimento geral na sociedade.

Quando esta suspensão ocorre nos setores ditos essenciais, como saúde, segurança, educação, abastecimento, água e energia, etc., agudiza o processo haja vista que o impedimento diz respeito a bens que não só influenciam na qualidade mas que podem comprometer a continuidade da vida.

Por outro lado, os trabalhadores, membros efetivos desta sociedade, vêm sendo submetidos, nos últimos anos, a uma política de achatamento salarial e a uma perda sistemática dos seus direitos trabalhistas, culminando em um processo ímpar de precarização das suas relações de trabalho, sem precedentes na história, o qual traz como resultado a organização dos trabalhadores e o direito legítimo de deflagração de movimentos reivindicatórios.

A categoria médica não está imune a estes acontecimentos. Na última década ocorreram os maiores números de movimentos objetivando melhores condições de salário e de trabalho médico.

Portanto, levando-se em conta as previstas considerações acima, pode-se entender que o movimento de paralisação dos médicos residentes é justo e também ético, estando respaldado pelo artigo 24 do Código de Ética Médica.

O ponto fulcral desta discussão deve estar centrado na questão dos atendimentos de emergência e urgência, incluindo-se aí a atenção em Unidades de Terapia Intensiva e atividades afins.

(...) Os atendimentos de emergência e urgência, UTI e atividades afins devem ser garantidos durante o período de greve, como também mantida a seqüência do tratamento dos pacientes internados até o início do movimento reivindicatório, seja por médicos residentes ou do quadro permanente do hospital. A instituição deve estar preparada para manter um nível de atendimento adequado a sua clientela.

Para os Conselhos Regionais e como médicos regularmente inscritos nos mesmos, os residentes se submetem às normas legais aplicáveis à sua profissão, devendo ser responsabilizados por eventuais danos que venham a causar por atos ilícitos ou omissões.

Tal afirmativa demonstra a necessidade da total observação dos preceitos que reza o Código de Ética Médica no mesmo nível de igualdade com os preceptores da residência ou médicos do quadro permanente da instituição, mas no que se refere às questões trabalhistas os médicos residentes se configuram como uma parcela do corpo médico com características próprias, sendo as mais importantes: vínculo temporário com a instituição, remuneração diferenciada na forma de bolsa e piso salarial próprio, regulamentados pela Lei nº 6.932/81, pelo Decreto nº 80.281/77 e resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Estas especificidades tornam os movimentos reivindicatórios dos médicos residentes uma paralisação com características próprias e motivações que envolvem exclusivamente esta parcela dos médicos, não devendo, portanto, ser computada para cálculo do percentual mínimo de profissionais que deverão continuar prestando assistência nos setores considerados essenciais (30% por analogia com a lei de greve), aqueles do quadro permanente do hospital ou instituição, a não ser por adesão voluntária dos mesmos ao movimento de paralisação, com pauta de reivindicações próprias ou em apoio ao movimento dos médicos residentes.

CONCLUSÕES: Por todo o exposto, pode-se concluir que:

. O movimento de paralisação dos médicos residentes reivindicando direitos inquestionáveis é justo, não fere a ética e está respaldado pelo artigo 24 do C.E.M.

. A paralisação, de acordo com o que preceitua o artigo 24 do Código de Ética Médica, deve ser imediatamente comunicada ao Conselho Regional de Medicina.

. As autoridades competentes serão informadas com 72 horas de antecedência, em virtude das adequações necessárias da instituição ou do sistema de saúde no sentido de minorar o impacto negativo deste período junto aos pacientes.

. A deflagração de movimento paredista por médicos residentes que exercem o seu aprendizado em emergência, urgência, UTIs ou atividades afins deve obedecer o recomendado nas normas e princípios éticos citados, e o número de médicos que irá manter essas atividades em funcionamento, em respeito ao art. 35 do CEM, deverá ser calculado levando-se em consideração o universo dos residentes, salvo quando todo o corpo médico, inclusive os do quadro permanente, estiver participando do movimento paredista, situação em que o percentual de 30% deverá ser calculado sobre a totalidade dos médicos em greve.

- O sistema de saúde e as instituições mantenedoras de programas de residências médicas devem manter retaguarda adequada e suficiente para suprir as deficiências impostas por essas situações. Este é o parecer, SMJ.

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 42, DE 16 DE MAIO DE 1992

Regulamenta a participação de médicos residentes nas Comissões de Ética Médica.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º - As Comissões de Ética Médica instaladas nos estabelecimentos hospitalares e outras pessoas jurídicas em que se exerça a Medicina, na conformidade das Resoluções nº 02 e nº 03/84 do CREMERJ, terão na sua composição a participação de dois médicos residentes, sendo um efetivo e um suplente.

Art. 2º - Somente poderá haver participação de médicos residentes nas Comissões de Ética Médica quando a instituição possuir programa oficial de Residência Médica e um número mínimo de 10 (dez) médicos residentes.

Art. 3º - A escolha para os médicos residentes que participarão das CEMs será realizada sob forma de eleição em chapas distintas, obedecidos os critérios e prazos vigentes da Resolução n. 03/84 do CREMERJ.

Parágrafo 1º - O período de votação para as eleições de médicos residentes será de 02 (dois) dias, com um mínimo de 03 (três) horas por dia.

Parágrafo 2º - As eleições serão presididas por um membro da CEM da Instituição.

Parágrafo 3º - As eleições para médicos residentes deverão ser anuais e convocadas 60 dias após o ingresso na Unidade.

Art. 4º - Só poderão votar e ser eleitos para participar das Comissões de Ética Médica os médicos residentes quites e inscritos no CREMERJ e que estejam exercendo suas atividades na instituição onde funcionarão as referidas Comissões. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 204, DE 02 DE MARÇO DE 2005

Dispõe sobre a proibição do médico participar de Programas de Residência com características multiprofissionais.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º - É vedado ao médico participar como Monitor, Preceptor, Residente ou de qualquer outra forma dos chamados Programas de Residência Integrada, Residência Multiprofissional, Residência Multidisciplinar, Residência Interdisciplinar de Saúde ou quaisquer outras denominações similares onde, além do médico, estejam ou sejam admitidos outros profissionais da área da Saúde.

Art. 2º - Constitui infração ética o não cumprimento do disposto na presente Resolução. (...)

Art. 3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário. (...)

RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 230, DE 31 DE MARÇO DE 2007

Regulamenta a participação de médico estrangeiro e de médico brasileiro formados por faculdade estrangeira nos programas de pós-graduação no Estado do Rio de Janeiro, bem como indica a responsabilidade quanto aos atos médicos executados pelos referidos médicos.

(...) **RESOLVE:**

Art. 1º - As instituições que mantêm programas de ensino de pós-graduação, oferecidos aos médicos estrangeiros detentores de visto temporário que venham ao Brasil na condição de estudante (inciso IV do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro), e aos brasileiros com diplomas de Medicina obtidos em faculdades no exterior, porém não revalidados, deverão obedecer as seguintes exigências:

I - Inscrever os programas da instituição, através de ofício, indicando o médico preceptor responsável por cada um deles.

II - Juntar declaração do médico preceptor responsável por cada programa, aceitando sua indicação.

§ 1º Os programas serão apreciados pela Plenária do CREMERJ, após parecer da Comissão de Ensino Médico, e os que forem aprovados serão registrados em livro próprio, bem como os médicos preceptores responsáveis pelos mesmos.

§ 2º Compete à instituição de ensino informar eventuais substituições de médicos preceptores responsáveis, respeitando-se o inciso II do artigo 1º.

Art. 2º - Haverá, no CREMERJ, registros de médicos estrangeiros e de brasileiros com diploma de Medicina obtido em faculdade no exterior, porém não revalidado, participantes de programa de ensino de pós-graduação, cujo controle será feito em livro próprio, contendo sigla e numeração seqüencial, data de início e término do curso, porém sem emissão de qualquer tipo de carteira ou identificação do registrado e sem pagamento de anuidade.

I - Os médicos estrangeiros terão as seguintes sigla e numeração seqüencial: Estudante Médico Estrangeiro nº A (numeração seqüencial)- RJ.

II - Os médicos brasileiros formados no exterior, sem o diploma revalidado, terão as seguintes sigla e numeração seqüencial: Estudante Médico Brasileiro nº B (numeração seqüencial)-RJ.

§ 1º - Para efetivar o registro, o médico deverá apresentar a seguinte documentação, a ser enviada pela Instituição mantenedora do Programa de Ensino de Pós-graduação:

- a – diploma e cópia, devidamente vertidos para o português;
- b – documento de identidade, original e cópia;
- c – documento de inscrição no programa de pós-graduação; e,
- d – foto 3x4.

§ 2º - A nominata dos médicos registrados será encaminhada ao CFM.

§ 3º - O CREMERJ informará os nomes dos médicos registrados à instituição de ensino.

Art. 3º - Os médicos estudantes registrados no CREMERJ poderão executar, sob supervisão, os atos médicos necessários ao seu treinamento e somente na unidade de ensino a que estiverem vinculados, ficando o médico preceptor responsável pelos mesmos e sua prática perante o CREMERJ.

Art. 4º - O médico estrangeiro, detentor de visto temporário de qualquer modalidade, não pode cursar Residência Médica.

Parágrafo Único - O brasileiro com diploma de Medicina, obtido em faculdade estrangeira só poderá cursar a Residência Médica após revalidá-lo em universidades públicas brasileiras, na forma da lei, sendo então aceito para registro no CREMERJ. (...)

Art. 5º - Esta Resolução entra em vigor nesta data, revogando-se quaisquer disposições em contrário. (...)

PARECER CREMERJ Nº 07/1990

Criação de plantão geral no hospital da polícia militar, com escala obrigatória de residentes em dupla, segundo área clínica e área cirúrgica.

EMENTA: Esclarece ser a residência médica uma modalidade de pós-graduação médica, cujo cerne é o treinamento em serviço, sendo a especialização um produto da residência médica, e não sua premissa. (...)

PARECER CREMERJ Nº 172/2006

Questão relativa ao transporte de pacientes acompanhados por médicos residentes.

EMENTA: Apesar de o médico residente estar legalmente habilitado ao exercício da medicina, qualquer atividade fora de sua rotina, sobretudo quando haja pacientes graves envolvidos, deve ser autorizada por seu preceptor.

PARECER: Considerando que o médico residente está habilitado por seu Conselho Regional de Medicina ao exercício profissional, não há qualquer impedimento legal a que ele acompanhe paciente a ser transportado para realização de exames ou para transferências.

Deve-se lembrar, entretanto, que o médico residente está em fase de formação especializada, sujeito à orientação e supervisão de preceptor qualificado. Este deve autorizá-lo e avaliar a sua capacitação para qualquer atividade fora da rotina, no local onde realiza o programa de treinamento, principalmente quando haja pacientes graves envolvidos nos procedimentos. É o parecer, s. m. j.

ORIENTAÇÕES E ENDEREÇOS

ENDEREÇO

Mantenha atualizados os seus dados cadastrais junto ao CREMERJ possibilitando, assim, receber regularmente jornais, comunicados e outros informes.

ANUIDADE

A anuidade é estipulada pelo Conselho Federal de Medicina e **deve ser paga até 31 de março de cada exercício**. Se o médico não receber o boleto deve entrar em contato com o CREMERJ nesse período ou poderá acessá-lo eletronicamente, com o conforto e a segurança da Internet.

MODALIDADES E INSCRIÇÕES

Primária ou Definitiva: Registro em apenas um Conselho. É a primeira inscrição que o médico faz logo após a sua formatura; ou aquela que é originária de um processo de transferência. Neste caso, recolhe a anuidade somente no Estado correspondente.

Secundária: Registro concedido a médico originário de outro CRM e que pretenda manter sua inscrição no CRM de origem. O médico poderá manter quantas inscrições secundárias desejar e deverá pagar as anuidades em todos os CRMs onde estiver inscrito.

Transferência: Mudança definitiva de um Estado para outro. Registro concedido a médico vindo de outro Estado onde já possui uma inscrição, e que pretenda atuar apenas no Estado do Rio de Janeiro cancelando a inscrição no CRM de origem.

Reinscrição: Concedido ao médico que já solicitou o cancelamento de sua inscrição no CREMERJ, mas que pretende voltar a exercer a medicina no Estado do Rio de Janeiro. São três as modalidades de reinscrição:

SIMPLES (médico retorna ao CREMERJ, após ter ficado um período com o registro inativo).

POR TRANSFERÊNCIA (médico retorna ao CREMERJ, que era o seu CRM de origem, cancelando a sua inscrição no CRM para o qual foi transferido).

SECUNDÁRIA (médico retorna ao CREMERJ, que era o seu CRM de origem, mas manterá a inscrição no CRM para o qual foi transferido).

MÉDICO MILITAR

Nos termos da Lei Federal nº 6.681/79, poderá requerer a isenção do pagamento da anuidade, **até o dia 28 de fevereiro de cada ano**, desde que comprove, por meio de declaração expedida pela unidade em que está servindo, exclusivamente às Forças Armadas. (**modelo no site**)

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

Nas seguintes condições: Aposentadoria, doença, viagem ao exterior por período prolongado, motivos de ordem particular, etc.

Procedimento: Deverá formalizar o pedido por escrito encaminhando a Carteira Profissional de médico e a Cédula de Identidade Médica. É necessário que esteja quite com a anuidade do CREMERJ. A qualquer momento poderá se reinscrever, mantendo o mesmo número de registro. Este número de registro é vitalício.

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA

Na hipótese de retornar ao Estado de origem, o cancelamento da inscrição deve ser solicitado para evitar que incida cobrança de anuidade.

EXTRAVIO DE DOCUMENTOS

Sempre que houver furto ou extravio de documentos, receituário e carimbo é recomendável que o médico

(vítima) compareça na Delegacia de Polícia, onde será lavrado Boletim de Ocorrência (B.O.) com a posterior comunicação do fato ao CREMERJ (carta acompanhada de fotocópia do B. O.). Com a apresentação do Boletim de Ocorrência não será cobrada taxa para emissão de nova carteira.

SECCIONAIS E SUBSEDES

Dado a necessidade de descentralização das atividades do CREMERJ e visando facilitar o interesse do médico, foram criadas no interior do Estado e em Regiões da Capital, as quais poderão instruir e resolver problemas sem que haja a necessidade do deslocamento até a Sede-Capital.

Em caso de dúvidas mantenha contato telefônico com o CREMERJ, afinal, ele existe para servi-lo.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Praia de Botafogo, nº 228 - Centro Empresarial Rio - Botafogo - Rio de Janeiro - RJ

CEP: 22.250-040

Tel.: (21) 3184-7050

Fax: (21) 3184-7120

Homepage: www.cremerj.org.br

e-mail: cremerj@cremerj.org.br

Serviço de Informação ao Médico

Tel.: (21) 3184-7142/7268/7270/7267

SUBSEDE MADUREIRA

Estrada do Portela, nº 29/302 - Madureira

CEP: 21.351-050 - Rio de Janeiro/RJ

Telefax: (21)2452-4531

e-mail: madureira@cremerj.org.br

SUBSEDE TIJUCA

Rua Soares da Costa, nº 10 - loja 324

Shopping 45 - Tijuca

CEP: 20.520-100 - Rio de Janeiro/RJ

Telefax: (21)2565-5517/2204-1493

e-mail: tijuca@cremerj.org.br

SUBSEDE BARRA DA TIJUCA

Av. das Américas, nº 3.555

2º piso/sala 226 - Bloco 1

Shopping Barra Square - Barra da Tijuca

CEP: 22.631-003 - Rio de Janeiro/RJ

Tel.: (21)2432-8987/3325-1078

e-mail: barradatijuca@cremerj.org.br

SUBSEDE DA ILHA DO GOVERNADOR

Estrada do Galeão, nº 826 - 1º Piso/Loja 110

Shopping Golden Ilha - Ilha do Governador

CEP: 21.931-630 - Rio de Janeiro/RJ

Tel.: (21)2467-0930

e-mail: ilha@cremerj.org.br

SUBSEDE CAMPO GRANDE

Av. Cesário de Melo, nº 2.623/302

Centro Empresarial Campo Grande

Campo Grande

CEP: 23.052-102 - Rio de Janeiro/RJ

Tel.: (21)2413-8623

e-mail: campogrande@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE ANGRA DOS REIS

Rua Professor Lima, nº 160/506 e 507

Ed. Paço dos Profissionais - Centro

CEP: 23.900-000 - Angra dos Reis/RJ

Telefax: (24)3365-0330/3365-0793

e-mail: angra@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE BARRA MANSA

Rua Pinto Ribeiro, nº 103 - Centro

CEP: 27.310-420 - Barra Mansa/RJ

Tel.: (24)3322-3621

e-mail: barramansa@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE BARRA DO PIRAI

Rua Tiradentes, nº 50/401 - Centro

CEP: 27.135-500 - Barra do Pirai/RJ

Tel.: (24)2442-7053

e-mail: barradopirai@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE CABO FRIO

Av. Julia Kubitschek, nº 39/111 – Jardim Riviera
CEP: 28.905-000 - Cabo Frio/RJ
Telefax: (22)2643-3594
e-mail: cabofrio@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE CAMPOS

Praça São Salvador, nº 41/1405
CEP: 28.010-000 - Campos/RJ
Telefax: (22)2723-0924/2722-1593
e-mail: campos@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE ITAPERUNA

Rua Dez de Maio, nº 626/406 - Centro
CEP: 28.300-000 - Itaperuna/RJ
Telefax.: (22)3824-4565
e-mail: itaperuna@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE MACAÉ

Rua Dr. Júlio Olivier, nº 383/205 – Centro
CEP: 27.913-160 - Macaé/RJ
Tel.: (22)2772-0535/2772-7584
e-mail: macae@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE NITERÓI

Rua Miguel de Frias, nº 40 - 6º andar - Icaraí
CEP: 24.220-002 - Niterói/RJ
Telefax.: (21)2620-9952/2717-3177/2620-4170
e-mail: niteroi@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE NOVA FRIBURGO

Rua Luiza Engert, nº 01/202 e 203 - Centro
CEP: 28.610-070 - Nova Friburgo/RJ
Telefax: (22)2522-1778/2523-7977
e-mail: friburgo@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE NOVA IGUAÇU

Rua Dr. Paulo Frões Machado, nº 88/202 - Centro
CEP: 26.255-172 - Nova Iguaçu/RJ
Telefax: (21)2667-4343/2668-7646
e-mail: novaiguacu@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE PETRÓPOLIS

Rua Doutor Alencar Lima, nº 35/1208–1210 - Centro
CEP: 25.620-050 - Petrópolis/RJ
Telefax: (24)2243-4373/2247-0554
e-mail: petropolis@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE RESENDE

Rua Gulhot Rodrigues, nº 145/sl. 405
Edifício Iade - Bairro Comercial
CEP: 27.542-040 Resende/RJ
Tel.: (24)3354-3932
e-mail: resende@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO

Rua Coronel Serrado, nº 1000 - salas 907 e 908
CEP: 24.440-000 - São Gonçalo/RJ
Tel.: (21)2605-1220
e-mail: saogoncalo@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE TERESÓPOLIS

Rua Wilhelm Cristian Kleme, nº 680 - Ermitage
CEP: 25.975-560 - Teresópolis/RJ
Tel.: (21)2643-5830
e-mail: teresopolis@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE VALENÇA

Rua Padre Luna, nº 99/sl. 203 - Centro
CEP: 27.600-000 - Valença/RJ
Telefax: (24)2453-4189
e-mail: valenca@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE VASSOURAS

Av. Expedicionário Oswaldo de Almeida Ramos,
nº 52/203 - Centro
CEP: 27.700-000 - Vassouras/RJ
Telefax: (24)2471-3266/2471-6652
e-mail: vassouras@cremerj.org.br

SECCIONAL MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA

Rua Vinte, nº 13/101 - Vila Santa Cecília
CEP: 27.260-290 - Volta Redonda/RJ
Telefax: (24)3348-0577
e-mail: voltaredonda@cremerj.org.br

CREMERJ

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

www.cremerj.org.br