



OUTORGA PROFISSIONAIS MÉDICOS AACD

NOME DO MÉDICO: _____ CRM/SP: _____

ESPECIALIDADE: _____

Solicitado	Concedido	Negado	Privilégio
			Privilégios cirúrgicos ortopédicos: Este privilégio inclui a capacidade de assistir/realizar cirurgias ortopédicas, exceto cirurgias de mão e cirurgias de coluna.
			Privilégios cirúrgicos ortopédicos de coluna: Este privilégio inclui a capacidade de assistir/realizar cirurgias ortopédicas de coluna, devendo ter a titulação correspondente.
			Privilégios cirúrgicos de mão: Este privilégio inclui a capacidade de realizar/assistir cirurgias de mão, devendo ter a titulação correspondente.
			Privilégios cirúrgicos de Neurocirurgia Funcional: Esse privilégio inclui a capacidade de realizar cirurgias de Neurocirurgia Funcional.
			Privilégios cirúrgicos de Neurocirurgia – Coluna/Crânio: Este privilégio inclui a capacidade de realizar/assistir cirurgias de crânio e coluna, sendo na especialidade de neurocirurgia.
			Neurofisiologia clínica/potencial evocado: Este privilégio inclui a capacidade de realizar procedimentos de neurofisiologia clínica e potencial evocado, devendo ter a titulação correspondente.
			Privilégios cirúrgicos diversos: Este privilégio inclui a capacidade de realizar procedimentos cirúrgicos diversos nas especialidades: () Cirurgião-dentista () Cirurgião Buco-Maxilo-Facial () urologia () gastroenterologia () otorrinolaringologia () cirurgia geral () oftalmo () outros: _____
			Privilégio de coberturas/visitas médicas: Este privilégio inclui a capacidade de avaliar pacientes nas especialidades: () cardiologia pediátrica () cardiologia adulto () cirurgia geral () cirurgia pediátrica () cirurgia plástica () cirurgia tórax () nefrologia () cirurgia vascular () Hematologia () Infectologia () hemodiálise () neurologia Pediátrica () neurologia clínica () neurocirurgia () urologia () pneumologia () otorrinolaringologia () punção lombar/liquor () Clínico () passagem de cateter venoso central () drenagem de tórax () endoscopia () outras _____
			Toxina botulínica: Este privilégio inclui a capacidade de realizar aplicação de toxina botulínica.
			Privilégios clínicos principais para adultos /pediatria: estes privilégios incluem a capacidade para admitir, tratar e dar alta a pacientes incluindo pacientes de reabilitação.
			Anestesiologia
			Laudar exames: () radiologia () Laboratório de marcha () Ecocardiograma () urodinâmica () eletroneuromiografia () ecocardiograma () outros _____
			Plantões da Unidade de Terapia Intensiva / Unidade de Internação adulto e pediátrica.
			SCIH: Este privilégio inclui a capacidade de coordenar o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.
			Privilégios de Médico Auditor.
			Médico Fisiatra: Este privilégio inclui a capacidade de admitir, tratar e dar alta a pacientes clínicos adultos e pediátricos, incluindo pacientes da reabilitação, e realizar procedimentos especiais

Critérios principais para a concessão de privilégios:
Conclusão do programa de residência e/ou especialização e/ou título de especialista.

Documentos comprobatórios:

- Certificado de Conclusão de Curso de medicina / odontologia
- Certificado de Conclusão de Residência e/ou Curso de Especialização
- Título de Especialista
- Experiência Comprovada (Relatório de Cirurgias realizadas em outras instituições).

Declaro que li e entendi os critérios para a concessão de privilégios principais e especiais e, ao solicitar os privilégios mencionados acima, confirmo que tenho experiência e/ou treinamento adequado.

Data: ___/___/___

Assinatura e Carimbo do Médico

Revisei a documentação apresentada pelo candidato para dar suporte à solicitação de privilégios complementares:

			Recomendo a concessão desses privilégios solicitados
			Recomendo que esses privilégios NÃO sejam concedidos
			Recomendo que esses privilégios sejam concedidos nas seguintes condições abaixo:

Data: ___/___/___

Assinatura da Comissão de Credenciamento