

	FORMULÁRIO			FOR
	AUTORIZAÇÃO PARA ENTRADA NO BLOCO CIRÚRGICO			FOR-GCC-08
	Data de Emissão: 15/09/2023	Data da Revisão: 09/07/2024	Número da Revisão: 02	Página: 1 de 1
APLICAÇÃO:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

## MÉDICOS, MÉDICOS RESIDENTES, ESTUDANTES DE MEDICINA E ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

- Médicos que não fazem parte do Corpo Clínico: devem requerer autorização, previamente à Direção Técnica para exercer suas atividades no Hospital do Círculo;
- **Médicos Residentes:** devem requerer autorização, previamente, à Direção Técnica através de carta de apresentação da instituição de ensino a qual está vinculado, bem como, médico responsável pela sua permanência no Bloco Cirúrgico do Hospital do Círculo, não devem iniciar procedimentos cirúrgicos, podendo atuar como auxiliares somente na presença do médico responsável, é permitido apenas 1 (um) visitante por sala;
- **Estudantes de Medicina:** devem requerer autorização previamente à Direção Técnica, através de carta de apresentação da instituição a qual estão vinculados e médico responsável por eles. Não podem atuar. Permitido 1 (um) estudante por sala;
- **Estudantes de Enfermagem:** devem requerer autorização previamente, através de carta de apresentação da instituição a qual estão vinculados, bem como, enfermeiro responsável pela sua permanência no Bloco Cirúrgico, não podem atuar, permitido 1 (um) estudante por sala, dependendo ainda da autorização do cirurgião responsável;
- **Número de Estudantes Permitido por Médico:** cada Médico do Corpo Clínico pode solicitar entrada no hospital (acompanhamento) de apenas 1 (um) estudante, para solicitar entrada de outro estudante, deve primeiramente pedir cancelamento da autorização dada ao anterior (se tiver) através de carta à Diretoria Técnica do Hospital.

\_\_\_\_\_  
Direção Técnica

\_\_\_\_\_  
Direção Clínica

\_\_\_\_\_  
Gerência Assistencial

Nome do Estudante (médico): .....

Ano/CRM: ..... Fone: .....

Médico Solicitante: .....

Assinatura:.....CRM/eouCOREM:.....

Apresentação da Entidade de Ensino: Deve estar anexa à esta solicitação.

Data da Autorização: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data do cancelamento da autorização: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_