



**CRM-MA**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO MARANHÃO



**GUIA DE ATOS NORMATIVOS COM RESOLUÇÕES DO CONSELHO FEDERAL  
DE MEDICINA PARA ORIENTAR A CONDUÇÃO DO ATO MÉDICO NAS  
UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DO MARANHÃO**

**2025**

**Organização: Prof. Dr. José Márcio Soares Leite**

**Revisão: Mariana Viegas Guterres**

**Catálogo na publicação**

**Elaborada pela Bibliotecária Mariana Viegas Guterres – CRB-13/950**

G943

Guia de atos normativos com resoluções do Conselho Federal de Medicina para orientar a condução do ato médico nas unidades de saúde dos municípios do Maranhão / Conselho Regional de Medicina do Estado do Maranhão e Federação dos Municípios do Estado do Maranhão – Maranhão: FAMEM, 2025.

50f.

ISBN 978-65-01-70361-9

1. Medicina – Guia. 2. Profissionais médicos. I. Título.

CDD-620.110202

## **APRESENTAÇÃO**

Este Guia é um documento destinado à orientação interna, a fim de auxiliar os médicos e médicas que trabalham nas Unidades de Saúde dos municípios do Maranhão na condução dos aspectos éticos, técnico-científicos e humanizados que devem nortear a execução do ato médico, sempre balizados por resoluções normativas do Conselho Federal de Medicina (CFM).

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Maranhão (CRM-MA) pautado pelo princípio de que as ações fiscalizatórias e processuais que são cometidas a seu mister, sobre o exercício das atividades médicas, devem ser precedidas por uma ampla informação e divulgação dos dispositivos preconizados nesses ditames legais e cômico da compreensão de que muitas dessas infrações, decorrem pelo desconhecimento de sua existência, tomou a iniciativa de procurar os Órgãos responsáveis pela execução e controle das políticas de saúde, quer públicos, quer filantrópicos, quer privados, que têm em seus quadros de pessoal profissionais médicos e médicas, à exemplo Federação dos Municípios do Maranhão (FAMEM), a quem estão integrados a grande maioria dos municípios do Maranhão, buscando o seu irrestrito apoio para a divulgação junto a esses profissionais de saúde que neles trabalham, deste Guia, que com certeza por sua singularidade e caráter prático deverá ser amplamente utilizado em todos os serviços de saúde dos municípios do Maranhão.

Cabe destacar que este Guia não se aplica aos atos administrativos de caráter ordinatório ou de efeitos concretos, tais como atos correcionais e de pessoal, que já são objeto de regulamentação específica. O seu objetivo, portanto, aqui é apresentar os principais pontos de redação normativa e comunicação oficial do CFM, por meio de suas resoluções, observando a legislação vigente, bem como indicar a formatação adequada a ser utilizada no exercício da profissão médica, contribuindo para segurança dos atos médicos, e para a melhoria da atenção prestada pelos serviços de saúde aos seus usuários.

A intenção maior deste Guia, quanto ao controle interno, é elevar o nível de conhecimento dos profissionais médicos, quanto aos atos normativos que disciplinam as ações técnico-médico-científicas, na execução dos procedimentos do dia a dia, buscando assim a realização de um trabalho cada vez melhor e mais próxima do ideal, aumentando sua eficácia e seguindo os imperativos legais.

São Luís, MA, 15 de setembro de 2025

**Prof. Dr. José Albuquerque de Figueiredo Neto**  
**Presidente do CRM-MA**

## SUMÁRIO

1 – RESOLUÇÃO CFM Nº 1.627/2001 .....	1
2 - RESOLUÇÃO CFM 1.670/2003 .....	1
3 - RESOLUÇÃO CFM Nº 1.718/2004 .....	2
4 - RESOLUÇÃO CFM Nº 1.780/2005.....	3
5 – RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805/2006 .....	3
6 – RESOLUÇÃO CFM Nº 1.821/2007 .....	4
7 – RESOLUÇÃO CFM Nº 1.836/2008 .....	5
8 - RESOLUÇÃO CFM nº 1.958/2010 .....	6
9 – RESOLUÇÃO CFM Nº 2.062/2013 .....	6
10 - RESOLUÇÃO CFM Nº 2.077/2014 .....	10
11 - RESOLUÇÃO CFM nº 2.147/2016 .....	12
12 – RESOLUÇÃO CFM Nº 2.214/2018 .....	15
13 – RESOLUÇÃO CFM Nº 2.271/2020 .....	19
14 – RESOLUÇÃO CFM Nº 2.284/2020 .....	20
15 - RESOLUÇÃO CFM Nº 2.314/2022 .....	20
16 – RESOLUÇÃO CFM Nº 2.320/2022 .....	23
17 - RESOLUÇÃO CFM no 2.323/2022 .....	24
18 - RESOLUÇÃO CFM nº 2.336/2023 .....	27
19 - RESOLUÇÃO CFM Nº 2.416/2024 .....	34
20 - RESOLUÇÃO CFM no 2.430/2025 .....	38
21 - RESOLUÇÃO CFM Nº 2.444/2025.....	43

## 1 – RESOLUÇÃO CFM N° 1.627/2001

Define o ato profissional de médico como todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado.

**Art. 1º** - Definir o ato profissional de médico como todo procedimento técnico- profissional praticado por médico legalmente habilitado e dirigido para:

- I. a promoção da saúde e prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia (prevenção primária);
- II. a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (prevenção secundária);
- III. a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos (prevenção terciária).

§ 1º - As atividades de prevenção secundária, bem como as atividades de prevenção primária e terciária que envolvam procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem em indicação terapêutica (prevenção secundária), são atos privativos do profissional médico.

§ 2º - As atividades de prevenção primária e terciária que não impliquem na execução e procedimentos diagnósticos e terapêuticos podem ser atos profissionais compartilhados com outros profissionais da área da saúde, dentro dos limites impostos pela legislação pertinente.

**Art. 2º** - O exercício da Odontologia, nos limites de sua competência legal, está excluído destas disposições, nos termos da lei.

**Art. 3º** - As atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão e ensino dos procedimentos médicos privativos incluem-se entre os atos médicos e devem ser exercidos unicamente por médico.

**Art. 4º** - O Conselho Federal de Medicina fica incumbido de definir, por meio de resolução normativa devidamente fundamentada, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados para utilização pelos profissionais médicos.

**Art. 5º** - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

## 2 - RESOLUÇÃO CFM 1.670/2003

Sedação profunda só pode ser realizada por médicos qualificados e em ambientes que ofereçam condições seguras para sua realização, ficando os cuidados do paciente a cargo do médico que não esteja realizando o procedimento que exige sedação.

**Art. 1º** - Nos ambientes em que se praticam procedimentos sob "sedação consciente" ou níveis mais profundos de sedação, devem estar disponíveis:

- I- Equipamentos adequados para a manutenção da via aérea permeável, bem como a administração de oxigênio em concentração superior à da atmosfera;
- II- Medicamentos para tratamento de intercorrências e eventos adversos sobre os sistemas cardiovascular e respiratório;
- III- Material para documentação completa do procedimento, devendo ficar registrado o uso das medicações, suas doses e efeitos;
- IV- Documentação com critérios de alta do paciente.

**Parágrafo 1º** - Deve-se dar ao paciente e ao acompanhante, verbalmente e por escrito, instruções relativas aos cuidados sobre o período pós-procedimento, bem como informações para o atendimento de emergências eventuais.

**Parágrafo 2º** - Todos os documentos devem ser assinados pelo médico responsável.

**Art. 2º** - O médico que realiza o procedimento não pode encarregar-se simultaneamente da administração de sedação profunda/analgesia, devendo isto ficar a cargo de outro médico.

**Art. 3º** - Todas as unidades que realizarem procedimentos sob sedação profunda devem garantir os meios de transporte e hospitais que disponham de recursos para atender a intercorrências graves que porventura possam acontecer.

**Art. 4º** - Os anexos I e II fazem parte da presente resolução.

**Art. 5º** - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

### **3 - RESOLUÇÃO CFM Nº 1.718/2004**

É vedado o ensino de atos médicos privativos, sob qualquer forma de transmissão de conhecimentos, a profissionais não-médicos, inclusive àqueles pertinentes ao suporte avançado de vida, exceto o atendimento de emergência a distância, até que sejam alcançados os recursos ideais.

**Art. 1º** – É vedado ao médico, sob qualquer forma de transmissão de conhecimento, ensinar procedimentos privativos de médico a profissionais não-médicos.

**Parágrafo único** - São exceções os casos envolvendo o atendimento de emergência a distância, através da Telemedicina, sob orientação e supervisão médica, conforme regulamentado pela [Resolução CFM nº 1.643/2002](#), até que sejam alcançados os recursos ideais.

**Art. 2º** - Os procedimentos médicos ensinados em cursos de suporte avançado de vida são atos médicos privativos, devendo ser ensinados somente a médicos e estudantes de Medicina.

**Art. 3º** - A capacitação em suporte básico de vida deve ser garantida a qualquer cidadão, desde que não haja o ensino de atos privativos dos médicos.

**Art. 4º** - Os diretores técnicos de instituições de saúde serão responsabilizados se permitirem o ensino de atos médicos privativos a profissionais não-médicos.

**Art. 5º** - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

#### 4 - RESOLUÇÃO CFM N° 1.780/2005

Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, diagnóstico e tratamento dos pacientes portadores de hanseníase.

**Art. 1º** - O atendimento profissional a pacientes portadores de hanseníase é imperativo moral da profissão médica e nenhum médico pode recusá-lo ou deixar de participar do mesmo

§ 1º - Tal imperativo é extensivo às instituições médico-assistenciais de qualquer natureza, pública ou privada.

§ 2º - O atendimento a qualquer paciente, independente de sua doença, deverá ser efetuado de acordo com as normas de biossegurança recomendadas pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, razão pela qual não se pode alegar desconhecimento ou falta de condições técnicas para a recusa da prestação de assistência.

§ 3º - Os serviços e instituições médico-assistenciais, públicos e privados, devem proporcionar condições para o exercício profissional, disponibilizando exames, medicamentos e outros procedimentos necessários ao diagnóstico e tratamento da hanseníase.

§ 4º - É responsabilidade do diretor técnico da instituição a efetiva garantia das condições de atendimento médico.

**Art. 2º** - A instituição pública/privada e seu diretor técnico são responsáveis por garantir e promover a assistência ambulatorial, a internação e o tratamento de intercorrências clínicas, específicas à doença ou de outra natureza, aos portadores de hanseníase, quando houver indicação clínica para tal.

**Parágrafo único.** O diagnóstico de hanseníase não justifica o isolamento do paciente.

**Art. 3º** - As instituições, públicas ou privadas, deverão responsabilizar-se pela confecção de material de Informação, Educação e Comunicação (IEC) para difundir os sinais e sintomas iniciais da doença, propiciando o diagnóstico precoce e a redução do estigma relacionado à mesma.

**Parágrafo único** - É proibida a utilização dos adjetivos relacionados à *lepra*, a não ser em referências informativas relacionadas à história, de acordo com a [Lei nº 9.010](#), de 29 de março de 1995.

**Art. 4º** - Revogam-se todas as disposições em contrário.

**Art. 5º** - Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação.

#### 5 – RESOLUÇÃO CFM N° 1.805/2006

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

**Art. 1º** É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do

doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no *caput* deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

**Art. 2º** O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

**Art. 3º** Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

## 6 – RESOLUÇÃO CFM Nº 1.821/2007

Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.

**Art. 1º** Aprovar o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, versão 3.0 e/ou outra versão aprovada pelo Conselho Federal de Medicina, anexo e também disponível nos sites do Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), respectivamente, [www.portalmedico.org.br](http://www.portalmedico.org.br) e [www.sbis.org.br](http://www.sbis.org.br).

**Art. 2º** Autorizar a digitalização dos prontuários dos pacientes, desde que o modo de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça a norma específica de digitalização contida nos parágrafos abaixo e, após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários, as normas da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

§ 1º Os métodos de digitalização devem reproduzir todas as informações dos documentos originais.

§ 2º Os arquivos digitais oriundos da digitalização dos documentos do prontuário dos pacientes deverão ser controlados por sistema especializado (Gerenciamento eletrônico de documentos - GED), que possua, minimamente, as seguintes características:

- a) Capacidade de utilizar base de dados adequada para o armazenamento dos arquivos digitalizados;
- b) Método de indexação que permita criar um arquivamento organizado, possibilitando a pesquisa de maneira simples e eficiente;
- c) Obediência aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico e em Saúde.

**Art. 3º** Autorizar o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informação identificada em saúde, eliminando a obrigatoriedade do registro em papel, desde que esses sistemas atendam integralmente aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde;

**Art. 4º** Não autorizar a eliminação do papel quando da utilização somente do “Nível de garantia de segurança 1 (NGS1)”, por falta de amparo legal.

**Art. 5º** Como o “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, exige o uso de assinatura digital, e conforme os artigos 2º e 3º desta resolução, está autorizada a utilização de certificado digital padrão ICP-Brasil, até a implantação do CRM Digital pelo CFM, quando então será dado um prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias para que os sistemas informatizados incorporem este novo certificado.

**Art. 6º** No caso de microfilmagem, os prontuários microfilmados poderão ser eliminados de acordo com a legislação específica que regulamenta essa área e após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

**Art. 7º** Estabelecer a guarda permanente, considerando a evolução tecnológica, para os prontuários dos pacientes arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

**Art. 8º** Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários dos pacientes em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

**Art. 9º** As atribuições da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos em todas as unidades que prestam assistência médica e são detentoras de arquivos de prontuários de pacientes, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileira, podem ser exercidas pela Comissão de Revisão de Prontuários.

**Art. 10º** Estabelecer que o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), mediante convênio específico, expedirão selo de qualidade dos sistemas informatizados que estejam de acordo com o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, aprovado nesta resolução. (Revogado pela Resolução CFM nº 2.218/2018)

**Art. 11º** Ficam revogadas as Resoluções CFM nos 1.331/89 e 1.639/02, e demais disposições em contrário.

**Art. 12º** Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

## **7 – RESOLUÇÃO CFM Nº 1.836/2008**

É vedado ao médico o atendimento de pacientes encaminhados por empresas que anunciem e/ou comercializem planos de financiamento consórcios para procedimentos médicos.

**Art. 1º** - É vedado ao médico vínculo de qualquer natureza com empresas que anunciem e/ou comercializem planos de financiamento ou consórcios para procedimentos médicos.

**Art. 2º** - Quando do atendimento de pacientes é responsabilidade integral, única e intransferível do médico o diagnóstico das doenças ou deformidades, a indicação dos tratamentos e a execução das técnicas.

**Art. 3º** - Cabe ao médico, após os procedimentos de diagnóstico e indicação terapêutica, estabelecer o valor e modo de cobrança de seus honorários, observando o contido no Código de Ética Médica, referente à remuneração Profissional.

**Art. 4º** - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

## 8 - RESOLUÇÃO CFM n° 1.958/2010

Define e regulamenta o ato da consulta médica, a possibilidade de sua complementação e reconhece que deve ser do médico assistente a identificação das hipóteses tipificadas nesta resolução.

**Art. 1º** - Definir que a consulta médica compreende a anamnese, o exame físico e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessários, e prescrição terapêutica como ato médico completo e que pode ser concluído ou não em um único momento.

**§ 1º** - Quando houver necessidade de exames complementares que não possam ser apreciados nesta mesma consulta, o ato terá continuidade para sua finalização, com tempo determinado a critério do médico, não gerando cobrança de honorário.

**§ 2º** - Mesmo dentro da hipótese prevista no parágrafo 1º, existe a possibilidade do atendimento de distinta doença no mesmo paciente, o que caracteriza novo ato profissional passível de cobrança de novos honorários médicos.

**Art. 2º** - No caso de alterações de sinais e/ou sintomas que venham a requerer nova anamnese, exame físico, hipóteses ou conclusão diagnóstica e prescrição terapêutica o procedimento deverá ser considerado como nova consulta e dessa forma ser remunerado.

**Art. 3º** - Nas doenças que requeiram tratamentos prolongados com reavaliações e até modificações terapêuticas, as respectivas consultas poderão, a critério do médico assistente, ser cobradas.

**Art. 4º** - A identificação das hipóteses tipificadas nesta resolução cabe somente ao médico assistente, quando do atendimento.

**Art. 5º** - Instituições de assistência hospitalar ou ambulatorial, empresas que atuam na saúde suplementar e operadoras de planos de saúde não podem estabelecer prazos específicos que interfiram na autonomia do médico e na relação médico-paciente, nem estabelecer prazo de intervalo entre consultas. Parágrafo único. Os diretores técnicos das entidades referidas no caput deste artigo serão eticamente responsabilizados pela desobediência a esta resolução.

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

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

## 9 – RESOLUÇÃO CFM N° 2.062/2013

Dispõe sobre a interdição ética, total ou parcial, do exercício ético- profissional do trabalho dos médicos em estabelecimentos de assistência médica ou hospitalização de qualquer natureza, quer pessoas jurídicas ou consultórios privados, quando não apresentarem as condições exigidas como mínimas na Resolução CFM n° 2.056/13 e demais legislações pertinentes.

### CAPÍTULO I DAS DEFINIÇÕES

**Art. 1º** Define-se como interdição ética do trabalho do médico (IEM) a proibição, pelo respectivo Conselho Regional de Medicina, de o profissional exercer seu trabalho em estabelecimentos de assistência médica e

hospitalização por falta de condições mínimas para a segurança do ato médico.

§ 1º A interdição será definida como total quando impedir o trabalho em todos os setores de um determinado estabelecimento de assistência médica e/ou hospitalização.

§ 2º A interdição será definida como parcial quando impedir o trabalho em um ou mais setores de um determinado estabelecimento de assistência médica e/ou hospitalização.

§ 3º O Termo de Notificação deve apontar um indicativo de interdição preliminarmente, representando a atestação emitida pelo Conselho Regional de Medicina, mediante a demonstração de provas inequívocas, de que um determinado estabelecimento de assistência médica e/ou hospitalização não reúne as condições mínimas de segurança para o ato médico ou provoque evidente prejuízo para os pacientes, quer pela existência de potencial risco à saúde, desrespeito a sua dignidade ou pudor, quer por violação ao sigilo do ato médico por quebra da privacidade e confidencialidade.

§ 4º A interdição tem alcance restrito ao trabalho do(s) médico(s), não alcançando os demais profissionais da equipe de saúde.

§ 5º O Auto de Interdição é o documento que oficializa e torna pública a decisão do CRM, devendo ser afixado em local visível até a revogação da decisão.

§ 6º O Auto de Desinterdição é o documento que oficializa e torna pública a decisão do CRM de revogar a interdição, devendo também ser afixado no mesmo local onde anteriormente estava o Auto de Interdição, por até sete dias.

**Art. 2º** A interdição ética ocorrerá quando, diante de prova inequívoca presente no relatório de vistoria e fiscalização, inexistirem os requisitos mínimos essenciais previstos no Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil, conforme disposto na Resolução CFM nº 2.056/13 e demais legislações pertinentes.

Parágrafo único. São requisitos mínimos para a segurança do ato médico:

**I-** adequação do ambiente físico e de edificações que permitam o trabalho médico com salubridade, segurança e inviolabilidade do sigilo profissional;

**II-** equipamentos em condições de funcionamento, com certificado de manutenção preventiva e corretiva, que viabilizem a segurança da propedêutica e aplicação da terapêutica, de procedimentos reabilitadores e de métodos investigativos diagnósticos;

**III-** insumos em quantidade e qualidade compatíveis com a demanda e complexidade dos procedimentos investigativos, terapêuticos e reabilitadores de determinado estabelecimento de assistência médica e/ou hospitalização; e

**IV-** infraestrutura, equipamentos, insumos e recursos humanos treinados, qualificados e atualizados para tratar complicações decorrentes da intervenção quando da realização desses procedimentos.

## **CAPÍTULO II**

### **DA DEFLAGRAÇÃO E TRAMITAÇÃO DO INDICATIVO DE INTERDIÇÃO**

**Art. 3º** O Relatório de Fiscalização/Notificação que comprovou a inequívoca falta de condições mínimas, conforme estabelecido no artigo anterior, deverá destacar em suas conclusões que o estabelecimento está sob indicativo de interdição, especificando clara e objetivamente a(s) não conformidade(s) que gerou (ou geraram) o indicativo de interdição, determinando um prazo razoável para sua correção – que, a critério de cada CRM, poderá ser de até 30 dias.

§ 1º O diretor de fiscalização deve homologar/aprovar o Relatório de Fiscalização/Notificação que recomendou o indicativo de interdição.

§ 2º O CRM exigirá – no prazo de cinco dias úteis – a assinatura dos médicos e diretor técnico médico no Termo de Responsabilidade Recíproca (modelo anexo), dando-lhes ciência das providências exigidas.

§ 3º No prazo determinado, o gestor do estabelecimento sob indicativo de interdição deve enviar ao CRM um documento comprovando que as medidas saneadoras foram implementadas, bem como requisitar prazo para o cronograma de execução.

§ 4º Caso o gestor não tenha enviado resposta ao CRM após encerrado o prazo estabelecido, o Departamento

de Fiscalização realizará nova fiscalização em até 15 dias úteis.

§ 5º Caso a fiscalização aludida no parágrafo anterior conclua pela persistência – ou agravamento – das não conformidades que motivaram o indicativo de interdição, deverá destacar tal fato em suas conclusões, recomendando a interdição ética do trabalho do(s) médico(s) que atuar(em) no estabelecimento de assistência médica e hospitalização, especificando o caráter de interdição, se total ou parcial, conforme os anexos a esta resolução.

### **CAPÍTULO III DA TRAMITAÇÃO DA INTERDIÇÃO**

**Art. 4º** Os Conselhos de Medicina poderão, por decisão da maioria simples de seu pleno e com parecer fundamentado de conselheiro, interditar, total ou parcialmente, o exercício ético-profissional do trabalho dos médicos nas pessoas jurídicas de qualquer natureza que não apresentarem as condições exigidas como mínimas na Resolução CFM nº 2.056/13 e demais legislações pertinentes.

Parágrafo único. Os consultórios e outros ambientes onde o médico trabalha em caráter privado estarão sujeitos às mesmas regras impostas para a interdição ética em pessoas jurídicas.

**Art. 5º** O procedimento para instituição da interdição ética deve obedecer ao seguinte trâmite:

- a.** Após inspeção de rotina, ex officio ou por provocação de interessados, o CRM poderá decretar a interdição ética de serviço médico, em caráter total ou parcial, enquanto perdurarem as não conformidades constatadas;
- b.** Após a vistoria e notificações de rotina, o coordenador de Fiscalização convocará o médico do consultório privado, ou o corpo clínico e o diretor técnico médico de pessoa jurídica, para apresentação preliminar das não conformidades encontradas na fiscalização e assentadas no relatório de vistoria;
- c.** Quando se tratar dos estabelecimentos de assistência médica, como unidades básicas de saúde da família, unidades básicas de saúde, centros de saúde e/ou ambulatórios, Caps, entre outros, que têm ações coordenadas por administração central, a comunicação será dada ao gestor e a convocação para cientificação será individualizada para o(s) médico(s) de um dado serviço, se atingir apenas aquele serviço, ou coletiva, se alcançar o sistema assistencial, a critério de cada Conselho Regional;
- d.** Os médicos serão informados dos prazos e de que são corresponsáveis pela fiscalização do andamento das soluções determinadas;
- e.** O diretor técnico médico é o responsável pelas providências para solucionar as não conformidades, respondendo perante o Conselho Regional no caso de inércia ou desacato às determinações;
- f.** No consultório privado responde o próprio médico responsável pelo estabelecimento;
- g.** Sempre que ocorrer a suspensão das atividades, em parte ou no todo, devem ser buscadas soluções alternativas, pelo corpo clínico e direção técnica médica, para garantir assistência aos pacientes internados cujo tratamento não possa sofrer interrupção. Assim, a escala médica e o atendimento dos pacientes internados permanecem até a alta de todos, sendo vedada a internação de novos casos;
- h.** Nas instituições onde seja obrigatória a existência da Diretoria Clínica, este diretor, representante do corpo clínico, será encarregado de apresentar as reclamações perante a instância técnica e administrativa do estabelecimento médico, bem como ao Conselho Regional de Medicina, e receber as notificações em nome do corpo clínico;
- i.** A interdição ética será suspensa tão logo as não conformidades apontadas sejam corrigidas, devendo o gestor comunicar, mediante ofício, a conclusão das medidas saneadoras que serão submetidas à deliberação do pleno do CRM;
- j.** Em qualquer das circunstâncias em que haja interdição ética parcial ou total do funcionamento de serviços médicos, o restabelecimento das condições será definido em ato de ofício do Conselho Regional de Medicina após decisão majoritária do seu plenário;
- k.** No tocante à suspensão do trabalho dos médicos, conforme previsto na Resolução CFM nº 2.056/13, o ritual para sua aplicação será aquele definido nos capítulos II e III daquela resolução;

**I.** Quando se tratar da interdição/desinterdição ética, o ritual para sua aplicação deve obedecer ao disposto nesta resolução.

**§ 1º** Durante a aplicação do previsto nas letras “k” ou “l”, a interrupção do trabalho dos médicos, total ou parcial, deverá perdurar até a solução das não conformidades.

**§ 2º** Tanto a suspensão do trabalho dos médicos como a interdição ética, total ou parcial, temporária ou não, são medidas extremas e só poderão ser adotadas se outras providências falharem.

**Art. 6º** Para que a interdição ética decretada pelo CRM surta eficácia, deverão ser notificados desta decisão o médico, em seu consultório privado, e nas pessoas jurídicas, o diretor técnico, a comissão de ética (caso exista) e todo o corpo clínico, sendo exigível a participação do diretor clínico nos termos da letra “h” do artigo 5º deste dispositivo.

Parágrafo único. O Ministério Público e a Vigilância Sanitária estadual ou municipal também deverão ser comunicados da decisão da interdição ética quando o assunto importar questões supervenientes, como aquelas que motivem ações de caráter difuso na garantia de direito da população ou que sejam de interesse da Vigilância Sanitária.

**Art. 7º** A interdição ética terá a duração determinada de acordo com as providências a serem adotadas e não poderá superar o prazo de 60 dias, podendo ser prorrogada enquanto não forem adotadas as medidas necessárias para sua cessação.

**Art. 8º** A operacionalização da publicização dos atos de interdição e de desinterdição seguirão os seguintes trâmites:

**I-** após a decisão do pleno, o Departamento de Fiscalização afixará em local visível e de grande fluxo de pessoas, de preferência na entrada do local interditado, o auto de interdição/desinterdição ética, que receberá numeração sequencial e no qual constará o “recebido” assinado prioritariamente pelo diretor técnico médico e, em sua ausência, por um médico do serviço ou, em último caso, qualquer responsável pela instituição no momento da interdição/desinterdição;

**II-** a afixação do auto de interdição/desinterdição será documentada mediante fotografia ou outro recurso de imagem;

**III-** as informações mínimas que deverão constar dos autos de interdição/desinterdição são aquelas indicadas nos modelos anexos.

### **CAPÍTULO III DA TRAMITAÇÃO DA DESINTERDIÇÃO**

**Art. 9º** Decretada a interdição do estabelecimento fiscalizado, os médicos estarão impedidos de exercer a medicina em qualquer de suas modalidades até posterior revogação pelo CRM.

Parágrafo único. Quando nova vistoria de fiscalização do CRM for necessária para avaliar o pedido de desinterdição, esta deverá ser realizada em até 30 dias, contados a partir da data de decretação da interdição.

**Art. 10º** A interdição ética poderá ser modificada ou revogada a qualquer tempo pelo plenário do CRM em decisão fundamentada com base em vistoria feita pelo Departamento de Fiscalização, conforme definido nos roteiros da Resolução nº 2.056/13.

### **CAPÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**Art. 11º** Esta resolução entra em vigor na data da vigência da Resolução CFM nº 2.056/13.

## 10 - RESOLUÇÃO CFM Nº 2.077/2014

Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho.

**Art. 1º** Esta resolução se aplica aos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, públicos e privados, civis e militares, em todos os campos de especialidade.

Parágrafo único. Entende-se por Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência os denominados prontos-socorros hospitalares, pronto-atendimentos hospitalares, emergências hospitalares, emergências de especialidades ou quaisquer outras denominações, excetuando-se os Serviços de Atenção às Urgências não Hospitalares, como as UPAs e congêneres.

**Art. 2º** Tornar obrigatória a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco para atendimento dos pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência. Parágrafo único. O tempo de acesso do paciente à Classificação de Risco deve ser imediato, sendo necessário dimensionar o número de classificadores para atingir este objetivo.

**Art. 3º** Todo paciente que tiver acesso ao Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência deverá, obrigatoriamente, ser atendido por um médico, não podendo, sob nenhuma justificativa, ser dispensado ou encaminhado a outra unidade de saúde por outro profissional que não o médico.

**Art. 4º** Determinar, na forma do anexo desta resolução, o sistema de fluxo dos pacientes e as normas para a quantificação adequada da equipe médica para trabalhar nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência.

**Art. 5º** Tornar necessária a presença do médico coordenador de fluxo nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência com mais de 50.000 atendimentos/ano no setor, cujas funções estão normatizadas no anexo desta resolução.

**Art. 6º** As diretorias clínica e técnica, bem como a direção administrativa do hospital, devem garantir qualidade e segurança assistencial ao paciente e ao médico no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, de acordo com o disposto no anexo desta resolução.

**Art. 7º** Tornar obrigatória a qualificação dos profissionais médicos para o trabalho em Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, mediante o disposto no Capítulo VII, item 2, alínea B-3, da Portaria no 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002, capacitação essa de responsabilidade dos gestores, segundo o preconizado pela portaria.

Parágrafo único. É obrigação do diretor técnico do hospital exigir documentalmente do gestor a capacitação prevista no caput.

**Art. 8º** É obrigatória a passagem de plantão, médico a médico, na qual o profissional que está assumindo o plantão deve tomar conhecimento do quadro clínico dos pacientes que ficarão sob sua responsabilidade.

**Art. 9º** É obrigatório o registro completo da assistência prestada ao paciente na ficha de atendimento de emergência/boletim de atendimento/prontuário médico, constando a identificação dos médicos envolvidos no atendimento.

**Art. 10º.** É obrigação do médico plantonista dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência dialogar, pessoalmente ou por telefone, com o médico regulador ou de sobreaviso, sempre que for solicitado ou que solicitar esses profissionais, fornecendo todas as informações com vistas a melhor assistência ao paciente.

**Art. 11º.** O médico de sobreaviso deverá, obrigatoriamente, dar assistência nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência quando solicitado para interconsulta, justificada e registrada no prontuário pelo médico solicitante, no menor tempo possível, devendo se comunicar de imediato quando contatado pelo hospital.

**Art. 12º.** Estabelecida a necessidade de internação, o paciente passa a ser responsabilidade do médico de sobreaviso, ou do médico internista ou de qualquer outro médico responsável pela internação, até a alta pela sua especialidade ou a transferência do paciente para outro profissional.

Parágrafo único. Enquanto o paciente internado estiver nas dependências do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, as intercorrências por ele apresentadas deverão ser atendidas pelos médicos plantonistas deste setor, caso o médico assistente esteja ausente; no entanto, este deverá ser imediatamente comunicado do fato, sendo a responsabilidade da assistência compartilhada, objetivando sempre o melhor tratamento para o paciente.

**Art. 13º.** É direito do paciente ter um médico como responsável direto pela sua internação, assistência e acompanhamento até a alta, sendo proibida a internação em nome de serviço.

**Art. 14º.** O tempo máximo de permanência dos pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência será de até 24h, após o qual o mesmo deverá ter alta, ser internado ou transferido.

**Art. 15º.** Fica proibida a internação de pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência.

**Art. 16º.** O hospital deverá disponibilizar, em todas as enfermarias, leitos de internação para pacientes egressos do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência em número suficiente para suprir a demanda existente. Em caso de superlotação do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência e ocupação de todos os leitos de retaguarda, é de responsabilidade do diretor técnico da instituição prover as condições necessárias para a internação ou transferência destes pacientes.

**Art. 17º.** O médico plantonista do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência deverá acionar imediatamente o coordenador de fluxo, e na inexistência deste o diretor técnico do hospital, quando:

- a) forem detectadas condições inadequadas de atendimento ou constatada a inexistência de leitos vagos para a internação de pacientes, com superlotação do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência;
- b) houver pacientes que necessitem de unidade de terapia intensiva e não houver leito disponível;
- c) quando o Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência receber pacientes encaminhados na condição de “vaga zero”.

§1º A “vaga zero” é um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências.

§2º O encaminhamento de pacientes como “vaga zero” é prerrogativa e responsabilidade exclusiva dos médicos reguladores de urgências, que deverão, obrigatoriamente, tentar fazer contato telefônico com o médico que irá receber o paciente no hospital de referência, detalhando o quadro clínico e justificando o encaminhamento.

§3º Em caso de transferência de pacientes de unidades de saúde para hospitais de maior complexidade em “vaga zero”, as informações detalhadas em relação ao quadro clínico do paciente deverão ser encaminhadas, por escrito, pelo médico solicitante do serviço de saúde de origem.

§4º No caso de utilizar-se a “vaga zero” em Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência superlotado ou sem capacidade técnica de continuidade do tratamento, caberá à equipe médica estabilizar o paciente e, após obtidas as condições clínicas que permitam a transferência, comunicar o fato à regulação, persistindo a responsabilidade do gestor público pela obtenção de vagas para a continuidade do tratamento e, se necessário, com a compra de leitos na forma da lei.

**Art. 18º.** Uma vez acionado em função da superlotação, o diretor técnico do hospital deverá notificar essa circunstância ao gestor responsável e ao Conselho Regional de Medicina, para que as medidas necessárias ao enfrentamento de cada uma das situações sejam desencadeadas.

Parágrafo único. Nos casos de recusa ou omissão por parte do gestor, o diretor técnico deverá comunicar imediatamente o fato ao Ministério Público, dando ciência ao Conselho Regional de Medicina.

**Art. 19º.** Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

## 11 - RESOLUÇÃO CFM nº 2.147/2016

Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos.

### DA DEFINIÇÃO DE RESPONSABILIDADES

**Art. 1º** A prestação de assistência médica e a garantia das condições técnicas de atendimento nas instituições públicas ou privadas são de responsabilidade do diretor técnico e do diretor clínico, os quais, no âmbito de suas respectivas atribuições, responderão perante o Conselho Regional de Medicina.

### I DOS DEVERES DA DIREÇÃO TÉCNICA

**Art. 2º** O diretor técnico, nos termos da lei, é o responsável perante os Conselhos Regionais de Medicina, autoridades sanitárias, Ministério Público, Judiciário e demais autoridades pelos aspectos formais do funcionamento do estabelecimento assistencial que represente.

**§1º** O provisionamento do cargo, ou função de diretor técnico, se dará por designação da administração pública ou, nas entidades privadas de qualquer natureza, por seu corpo societário ou mesa diretora.

**§2º** Nos impedimentos do diretor técnico, a administração deverá designar substituto médico imediatamente enquanto durar o impedimento.

**§3º** São deveres do diretor técnico:

**I)** Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;

**II)** Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando ao melhor desempenho do corpo clínico e dos demais profissionais de saúde, em benefício da população, sendo responsável por faltas éticas decorrentes de deficiências materiais, instrumentais e técnicas da instituição;

**III)** Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica;

**IV)** Certificar-se da regular habilitação dos médicos perante o Conselho de Medicina, bem como sua qualificação como especialista, exigindo a apresentação formal dos documentos, cujas cópias devem constar da pasta funcional do médico perante o setor responsável, aplicando-se essa mesma regra aos demais profissionais da área da saúde que atuem na instituição;

**V)** Organizar a escala de plantonistas, zelando para que não haja lacunas durante as 24 horas de funcionamento da instituição, de acordo com regramento da Resolução CFM no 2.056, de 20 de setembro de 2013;

**VI)** Tomar providências para solucionar a ausência de plantonistas;

**VII)** Nas áreas de apoio ao trabalho médico, de caráter administrativo, envidar esforços para assegurar a correção do repasse dos honorários e do pagamento de salários, comprovando documentalmente as providências tomadas junto das instâncias superiores para solucionar eventuais problemas;

**VIII)** Assegurar que as condições de trabalho dos médicos sejam adequadas no que diz respeito aos serviços de manutenção predial;

**IX)** Assegurar que o abastecimento de produtos e insumos de quaisquer natureza seja adequado ao suprimento do consumo do estabelecimento assistencial, inclusive alimentos e produtos farmacêuticos, conforme padronização da instituição;

**X)** Cumprir o que determina a Resolução CFM no 2056/2013, no que for atinente à organização dos demais setores assistenciais, coordenando as ações e pugnando pela harmonia intra e interprofissional;

**XI)** Cumprir o que determina a norma quanto às demais comissões oficiais, garantindo seu pleno funcionamento;

**XII)** Assegurar que as propagandas institucionais obedeçam ao disposto na Resolução CFM no 1.974, de 14 de julho de 2011, ou aquela que a suceder;

- XIII)** Assegurar que os médicos que prestam serviço no estabelecimento assistencial médico, independente do seu vínculo, obedeçam ao disposto no Regimento Interno da instituição;
- XIV)** Assegurar que as pessoas jurídicas que atuam na instituição estejam regularmente inscritas no CRM;
- XV)** Assegurar que os convênios na área de ensino sejam formulados dentro das normas vigentes, garantindo seus cumprimentos.
- XVI)** Não contratar médicos formados no exterior sem registro nos Conselhos de Medicina.
- §4º** Os diretores técnicos de planos de saúde, seguros saúde, cooperativas médicas e prestadoras de serviço em autogestão se obrigam a zelar:
- I)** Pelo que estiver pactuado nos contratos com prestadores de serviço, pessoas físicas e pessoas jurídicas por eles credenciados ou contratados, de acordo com previsões da Lei no 13.003, de 24 de junho de 2014;
- II)** Para que, por meio DA SUPERVISÃO de seus auditores sejam garantidas as condições físicas e ambientais oferecidas por seus contratados a seus pacientes;
- III)** Para que, pela supervisão de suas auditorias, seja garantida a qualidade dos serviços prestados, notadamente a vigilância sobre o uso de materiais, insumos e equipamentos utilizados nos procedimentos médicos;
- IV)** Para que sua relação ocorra sempre de modo formal com o médico, pessoa física e através do diretor técnico médico quando se tratar de pessoas jurídicas;
- V)** Para que, na OCORRÊNCIA de glosas das faturas apresentadas, seja descrito o que foi glosado E suas razões, SOLICITANDO ao médico, quando pessoa física, e ao diretor técnico, quando pessoas jurídicas, as devidas explicações, DEVENDO AS respostas ou justificativas ser formalizadas por escrito;
- VI)** Para que as auditorias de procedimentos médicos sejam realizadas exclusivamente por auditores médicos;
- VII)** Para que nenhuma troca de informações entre o contratante, o qual ele representa, e prestadores de serviços médicos sejam realizados por terceiros, obrigando-se a ser o responsável pelas tratativas com os contratados seja em que cenário for que envolva o ato médico;
- VIII)** Para que sejam garantidos anualmente os reajustes previstos em lei e acordados entre as partes;
- IX)** Para que sejam asseguradas, quando houver prestação direta de assistência através de serviços médicos próprios, suas perfeitas condições de funcionamento, quer seja diretamente, se for também seu diretor técnico, ou por meio do diretor técnico designado, podendo se dirigir ao diretor clínico quando a instituição assistencial médica deste dispuser;
- X)** Pelo respeito aos protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidências científicas;
- XI)** Pela verificação da condição de regularidade de seus contratados, quer pessoa física, quer pessoa jurídica, perante os Conselhos Regionais de Medicina;
- XII)** Para que não sejam realizadas auditorias a distância.

## **II DOS DIREITOS DA DIREÇÃO TÉCNICA**

**Art. 3º** É assegurado ao diretor técnico o direito de suspender integral ou parcialmente as atividades do estabelecimento assistencial médico sob sua direção quando faltarem as condições funcionais previstas nessa norma e na Resolução CFM no 2056/2013, devendo, na consecução desse direito, obedecer ao disposto nos artigos 17 e 18, mais parágrafos desse dispositivo.

**Parágrafo único.** Quando se tratar do disposto no parágrafo 4o do artigo 2o deste dispositivo, as ações devem obedecer ao estabelecido nos contratos e em acordo com a legislação específica que rege este setor.

## **V DO ALCANCE DAS ATRIBUIÇÕES DO DIRETOR CLÍNICO**

**Art. 4º** O diretor clínico é o representante do corpo clínico do estabelecimento assistencial perante o corpo diretivo da instituição, notificando ao diretor técnico sempre que for necessário ao fiel cumprimento de suas atribuições.

Parágrafo único. O diretor clínico é o responsável pela assistência médica, coordenação e supervisão dos serviços médicos na instituição, sendo obrigatoriamente eleito pelo corpo clínico.

**Art. 5º** São competências do diretor clínico:

- I) Assegurar que todo paciente internado na instituição tenha um médico assistente;
- II) Exigir dos médicos assistentes ao menos uma evolução e prescrição diária de seus pacientes, assentada no prontuário;
- III) Organizar os prontuários dos pacientes de acordo com o que determina as Resoluções CFM no 1.638/2002 e no 2.056/2013;
- IV) Exigir dos médicos plantonistas hospitalares, quando chamados a atender pacientes na instituição, o assentamento no prontuário de suas intervenções médicas com as respectivas evoluções;
- V) Disponibilizar livro ou meio digital para registro de ocorrências aos médicos plantonistas;
- VI) Determinar que, excepcionalmente nas necessidades imperiosas com risco de morte que possam caracterizar omissão de socorro, os médicos plantonistas de UTIs e dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência Médica não sejam deslocados para fazer atendimento fora de seus setores.

## **Capítulo V**

### **DOS DEVERES DA DIREÇÃO CLÍNICA**

**Art. 6º** São deveres do diretor clínico:

- I) Dirigir e coordenar o corpo clínico da instituição;
- II) Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição, comunicando ao diretor técnico para que tome as providências cabíveis quanto às condições de funcionamento de aparelhagem e equipamentos, bem como o abastecimento de medicamentos e insumos necessário ao fiel cumprimento das prescrições clínicas, intervenções cirúrgicas, aplicação de técnicas de reabilitação e realização de atos periciais quando este estiver inserido em estabelecimento assistencial médico;
- III) Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição;
- IV) Supervisionar a efetiva realização do ato médico, da compatibilidade dos recursos disponíveis, da garantia das prerrogativas do profissional médico e da garantia de assistência disponível aos pacientes;
- V) Atestar a realização de atos médicos praticados pelo corpo clínico e pelo hospital sempre que necessário;
- VI) Incentivar a criação e organização de centros de estudos, visando à melhor prática da medicina;
- VII) Recepcionar e assegurar, aos estagiários (acadêmicos e médicos) e residentes médicos, condições de exercer suas atividades com os melhores meios de aprendizagem, com a responsabilidade de exigir a sua supervisão.

## **Capítulo VI**

### **DOS DIREITOS DA DIREÇÃO CLÍNICA**

**Art. 7º** É assegurado ao diretor clínico dirigir as assembleias do corpo clínico, encaminhando ao diretor técnico as decisões para as devidas providências, inclusive quando houver indicativo de suspensão integral ou parcial das atividades médico-assistenciais por faltarem as condições funcionais previstas na Resolução CFM no 2056/2013, em consonância com disposto no artigo 20 e parágrafos desse mesmo dispositivo. É, ainda, direito do diretor clínico comunicar ao Conselho Regional de Medicina e informar, se necessário, a outros órgãos competentes.

## **Capítulo VII**

### **DA CIRCUNSCRIÇÃO E ABRANGÊNCIA DA AÇÃO DE DIRETORES TÉCNICOS E CLÍNICOS**

**Art. 8º** Ao médico será permitido assumir a responsabilidade, seja como diretor técnico, seja como diretor clínico, em duas instituições públicas ou privadas, prestadoras de serviços médicos, mesmo quando tratar-se de filiais, subsidiárias ou sucursais da mesma instituição.

§ 1º Excetua-se dessa limitação as pessoas jurídicas de caráter individual em que o médico é responsável por sua própria atuação profissional.

§ 2º Será permitida exercer a direção técnica em mais de dois estabelecimentos assistenciais quando preencher os requisitos exigidos na Resolução CFM no 2127/2015.

§ 3º É possível ao médico exercer, simultaneamente, as funções de diretor técnico e de diretor clínico. Para tanto, é necessário que o estabelecimento assistencial tenha corpo clínico com menos de 30 (trinta) médicos.

§ 4º O diretor técnico somente poderá acumular a função de diretor clínico quando eleito para essa função pelos médicos componentes do corpo clínico com direito a voto.

## **Capítulo VIII**

### **DA TITULAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DA DIREÇÃO TÉCNICA E DIREÇÃO CLÍNICA**

**Art. 9º** Será exigida para o exercício do cargo ou função de diretor clínico ou diretor técnico de serviços assistenciais especializados a titulação em especialidade médica correspondente, registrada no Conselho Regional de Medicina (CRM).

§ 1º Supervisor, coordenador, chefe ou responsável por serviços assistenciais especializados deverão possuir título de especialista na especialidade oferecida pelo serviço médico, com o devido registro do título pelo CRM, e se subordinam ao diretor técnico e diretor clínico em suas áreas respectivas, não se lhes aplicando a limitação prevista no caput do artigo 8º.

§ 2º O diretor técnico de serviços médicos especializados em reabilitação deverá obrigatoriamente ser médico especialista, ainda que sejam utilizadas técnicas fisioterápicas.

§ 3º Nos estabelecimentos assistenciais médicos não especializados, basta o título de graduação em medicina para assumir a direção técnica ou direção clínica;

## **X**

### **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Art. 10** Em caso de afastamento ou substituição do diretor técnico ou do diretor clínico em caráter definitivo, aquele que deixa o cargo tem o dever de imediatamente comunicar tal fato, por escrito e sob protocolo, ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. A substituição do diretor afastado deverá ocorrer imediatamente, obrigando o diretor que assume o cargo a fazer a devida notificação ao Conselho Regional de Medicina, por escrito e sob protocolo.

**Art. 11.** É obrigatório o exercício presencial da direção técnica e da direção clínica.

## **12 – RESOLUÇÃO CFM Nº 2.214/2018**

Torna obrigatória a criação do departamento de fiscalização e estabelece as competências do Conselheiro Coordenador, do Médico Fiscal e do Agente Fiscal no âmbito dos Conselhos Regionais de Medicina.

**Art. 1º** Determinar aos Conselhos Regionais de Medicina a criação do Departamento de Fiscalização, que deve dispor de estrutura física, equipamentos e pessoal com capacitação específica para as ações fiscalizatórias realizadas pelo próprio departamento, devendo contar com a composição mínima de pessoal constituída por:

- I) Conselheiro coordenador do departamento;
- II) Médico fiscal;
- III) Assistente administrativo;

**Parágrafo único.** A composição mínima de pessoal do Departamento de Fiscalização não exclui a presença de conselheiros, delegados, médicos fiscais *ad hoc* ou agentes fiscais.

**Art. 2º** Os Agentes Fiscais são funcionários contratados por meio de concurso público pelos Conselhos Regionais de Medicina, tendo como atribuição específica o trabalho administrativo no Departamento de Fiscalização não relacionado ao ato médico, além de acompanhar o médico fiscal nas fiscalizações quando necessário.

**Art. 3º** Os Médicos Fiscais são médicos contratados por meio de concurso público pelos Conselhos Regionais de Medicina, sendo responsáveis pela fiscalização das instituições e estabelecimentos que prestam serviços médicos assistenciais, conforme estabelecido na [Resolução CFM nº 2.056/13](#) e seus anexos e legislação pertinente.

**Parágrafo único.** Médicos fiscais *ad hoc* são aqueles nomeados por notório saber por portaria do Conselho Regional de Medicina para atividades fiscalizatórias, com duração restrita àquela ação específica.

**Art. 4º** São competências do conselheiro coordenador do Departamento de Fiscalização:

- I) Coordenar, planejar, organizar, distribuir, acompanhar, executar e avaliar as ações do Departamento;
- II) Exigir dos médicos fiscais o cumprimento dos roteiros de fiscalização normatizados pelo Conselho Federal de Medicina;
- III) Coordenar a realização de roteiros de fiscalização não contemplados nas normas do Conselho Federal de Medicina;
- IV) Coordenar e orientar as delegacias regionais em relação à ação fiscal;
- V) Coordenar a agenda e executar os procedimentos investigatórios de responsabilidade do Departamento de Fiscalização;
- VI) Criar protocolos que agilizem o fluxo interno dos processos do Departamento de Fiscalização;
- VII) Acompanhar os trâmites dos processos de registro e de fiscalização para que sejam cumpridos os prazos determinados;
- VIII) Exigir dos médicos fiscais o cumprimento dos prazos estabelecidos para a entrega dos relatórios e encaminhá-los para a diretoria do Conselho Regional de Medicina;
- IX) Fazer cumprir os prazos estabelecidos no Termo de Notificação expedido às instituições fiscalizadas;
- X) Encaminhar ao presidente do Conselho Regional de Medicina o relatório das fiscalizações, para as providências cabíveis;
- XI) Elaborar projetos das atividades anuais do Departamento de Fiscalização para avaliação e aprovação da diretoria do Conselho Regional de Medicina e do Conselho Federal de Medicina;
- XII) Apresentar relatório anual até janeiro do exercício fiscal do ano subsequente contendo:
  - a) informações das ações de fiscalização;
  - b) benefícios decorrentes das fiscalizações;
  - c) detalhamento dos custos do Departamento de Fiscalização, incluindo os repasses do Conselho

Federal de Medicina, de acordo com Instrução Normativa própria do Conselho Federal, que deverá ser aprovado no Conselho Regional e encaminhado ao Conselho Federal junto ao consolidado da prestação de contas.

**Art. 5º** Institui competências dos médicos fiscais e dos agentes de fiscalização no âmbito dos Conselhos Regionais de Medicina:

**§ 1º Compete ao médico fiscal:**

- I) Fiscalizar a assistência médica prestada no local;
- II) Obedecer ao Manual de Fiscalização, aos roteiros de fiscalização e o uso do sistema informatizado, normatizados pelo Conselho Federal de Medicina;
- III) Fiscalizar com exclusividade os serviços e estabelecimentos onde houver exercício da medicina, exceto no que for de responsabilidade privativa das agências de vigilância sanitária e outros órgãos de fiscalização profissional no âmbito restrito de suas competências;
- IV) Atuar em conjunto, quando autorizado pelo coordenador do departamento de fiscalização, com outros Conselhos, Ministério Público e demais entidades no desenvolvimento de ações que possibilitem a melhoria das condições de assistência do sistema de saúde;
- V) Fiscalizar a publicidade e os anúncios de médicos e de serviços de assistência médica, quaisquer que sejam os meios de divulgação, conforme normativas do Conselho Federal de Medicina;
- VI) Realizar vistorias por ações individuais ou coletivas, de acordo com as deliberações do coordenador do Departamento de Fiscalização;
- VII) Verificar a adequação dos estabelecimentos aos fins a que se propõem, a existência e funcionamento adequado de equipamentos e a regularidade do exercício da profissão dos médicos, de modo a assegurar a prestação de cuidados médicos dentro dos padrões mínimos exigidos pelas leis e normas editadas pelo Conselho Federal de Medicina;
- VIII) Lavrar o Termo de Vistoria e, se necessário, o de Notificação;
- IX) Notificar o exercício ilegal da medicina ao conselheiro coordenador do Departamento de Fiscalização do Conselho Regional de Medicina;
- X) Elaborar relatórios técnicos das fiscalizações realizadas e encaminhá-los ao conselheiro coordenador do Departamento de Fiscalização do Conselho Regional de Medicina;
- XI) Participar do planejamento e das avaliações das ações do Departamento de Fiscalização;
- XII) Realizar tarefas correlatas e compatíveis com a natureza do cargo.

**§ 2º Compete ao agente fiscal:**

- I) Verificar se os serviços fiscalizados estão de acordo com a atividade declarada pelo médico na atividade privada ou no contrato social registrado de pessoas jurídicas;
- II) Verificar nos estabelecimentos públicos ou privados o que consta como atividade-fim, assim como sua regularização no Conselho Regional de Medicina;
- III) Verificar se o registro do diretor técnico da instituição obedece ao estabelecido no Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932 e na Resolução CFM nº 2056/13;

- IV) Verificar na fiscalização, quando necessário, o devido registro de médicos no Conselho Regional de Medicina;
- V) Verificar na fiscalização, quando necessário, as pendências de inscrição de pessoa jurídica no Conselho Regional de Medicina;
- VI) Manter atualizados os dados cadastrais dos médicos e seus consultórios, dos estabelecimentos médicos assistenciais e outros prestadores de serviços;
- VII) Auxiliar e fazer diligências para a promoção e publicidade ética dos estabelecimentos de saúde e consultórios médicos em auxílio à Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame) e/ou ao Departamento de Fiscalização;
- VIII) Auxiliar nos serviços de ordem administrativa dentro do Departamento de Fiscalização;
- IX) Auxiliar nos serviços de vistoria, acompanhando o médico fiscal, sob a supervisão deste, quando designado pelo coordenador do Departamento de Fiscalização;
- X) Elaborar relatórios dos serviços que realiza;
- XI) Encaminhar ao coordenador do Departamento de Fiscalização as irregularidades encontradas, para as providências cabíveis;
- XII) Realizar tarefas correlatas e compatíveis com a natureza do cargo.

**Art. 6º** O caput do artigo 1º, do Anexo I, Capítulo I, da [Resolução CFM nº 2.056/13](#), publicada no D.O.U de 12 de novembro de 2013, Seção I, p. 162-3, passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 1º Os Conselhos Regionais de Medicina organizarão e manterão, nas áreas de suas respectivas jurisdições, atividades de fiscalização do desempenho técnico e ético da medicina, por meio do Departamento de Fiscalização, integrado por conselheiros, delegados, médicos fiscais e médicos fiscais *ad hoc*, podendo contar, também, com assistente administrativo em sua organização.

**Art. 7º** O artigo 3º e seu parágrafo único, do Anexo I, Capítulo I, da [Resolução CFM nº 2.056/13](#), publicada no D.O.U de 12 de novembro de 2013, Seção I, p. 162-3, passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 3º Os conselheiros e delegados podem desempenhar as funções de fiscalização.

Parágrafo único. Os conselheiros e delegados receberão carteira de identidade funcional, sendo esta a credencial que deverá apresentar por ocasião do ato fiscalizatório.

**Art. 8º** No parágrafo 2º do artigo 4º do Anexo I, Capítulo I, da [Resolução CFM nº 2.056/13](#), publicada no D.O.U de 12 de novembro de 2013, Seção I, p. 162-3, onde se lê “agente administrativo”, leia-se “assistente administrativo”.

**Art. 9º** A presente resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

### 13 – RESOLUÇÃO CFM N° 2.271/2020

Define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento.

**Art. 1º** Definir unidade de terapia intensiva e unidade de cuidados intermediários como:

**I – Unidade de terapia intensiva (UTI):** ambiente hospitalar com sistema organizado para oferecer suporte vital de alta complexidade, com múltiplas modalidades de monitorização e suporte orgânico avançados para manter a vida durante condições clínicas de gravidade extrema e risco de morte por insuficiência orgânica. Essa assistência é prestada de forma contínua, 24 horas por dia, por equipe multidisciplinar especializada.

**II – Unidade de cuidados intermediários (UCI):** ambiente que visa ao atendimento de pacientes de gravidade intermediária, considerados como de risco moderado e que não correm risco imediato de morte. Esses pacientes requerem monitorização contínua durante as 24 horas do dia e cuidados semi-intensivos, intermediários entre a unidade de internação da enfermagem e a UTI, necessitando de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada.

**Parágrafo único.** As UTI/UCI podem ser classificadas conforme o tipo de paciente – se neonatal, pediátrico ou adulto – e o nível de atenção ou complexidade, conforme disposto no Anexo 1.

**Art. 2º** O responsável técnico da UTI e da UCI assume a função de coordenação-geral e chefia da equipe da unidade, devendo ser um médico especialista em medicina intensiva, com Registro de Qualificação de Especialista (RQE) no Conselho Regional de Medicina (CRM) de sua jurisdição, respeitadas as especificidades das áreas adulto, pediátrico e neonatal, cabendo-lhe responder aos CRMs e à Vigilância Sanitária.

**Art. 3º** Determinar a habilitação, as atribuições e responsabilidades éticas da equipe médica da UTI/UCI, composta por: médico coordenador-geral (responsável técnico), médico diarista (de rotina ou horizontal) e médico plantonista (vertical), conforme disposto no Anexo 2.

**Art. 4º** Dimensionar a equipe médica mínima obrigatória para o funcionamento das UTI/UCI, a fim de garantir a segurança e a qualidade dos processos assistenciais, considerando seu grau de complexidade, conforme disposto no Anexo 2.

**Art. 5º** Determinar que cabe ao médico a responsabilidade ética e técnica quanto às decisões concernentes ao diagnóstico e tratamento realizados nos pacientes internados nas UTI/UCI.

**§ 1º** A equipe multiprofissional deve ser adequadamente dimensionada e qualificada para a assistência aos pacientes críticos, e as atividades assistenciais prestadas devem ser integradas e discutidas conjuntamente entre os membros, a fim de atender às demandas dos pacientes, salvaguardando a liderança e responsabilidade médica pela decisão tomada.

**§ 2º** As decisões clínicas, sejam diagnósticas, terapêuticas ou prognósticas, relacionadas ao cuidado dispensado aos pacientes críticos devem ser devidamente registradas, datadas e assinadas pelo médico no prontuário do paciente.

**Art. 6º** Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

#### 14 – RESOLUÇÃO CFM Nº 2.284/2020

Dispõe que é ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantidas a autonomia do médico e da paciente e a segurança do binômio materno-fetal, e revoga a Resolução CFM nº 2.144/2016, publicada no DOU de 22 de junho de 2016, Seção I, p. 138.

**Art. 1º** É direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e o cesariano, seus respectivos benefícios e riscos.

**Parágrafo único.** A decisão deve ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitando as características socioculturais da gestante.

**Art. 2º** Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir de 39 semanas completas de gestação (273 dias), devendo haver o registro em prontuário.

**Art. 3º** É ético o médico realizar a cesariana a pedido e, se houver discordância entre a decisão médica e a vontade da gestante, o médico poderá alegar o seu direito de autonomia profissional e, nesses casos, encaminhar a gestante a outro profissional.

**Art. 4º** Torna-se revogada a [Resolução CFM nº 2.144/2016](#), publicada no DOU de 22 de junho de 2016, Seção I, p. 138.

**Art. 5º** Esta resolução entra em vigor na data da sua publicação.

#### 15 - RESOLUÇÃO CFM Nº 2.314/2022

Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação.

**Art. 1º** Definir a telemedicina como o exercício da medicina mediado por Tecnologias Digitais, de Informação e de Comunicação (TDICs), para fins de assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões, gestão e promoção de saúde.

**Art. 2º** A TELEMEDICINA, em tempo real on-line (síncrona) ou off-line (assíncrona), por multimeios em tecnologia, é permitida dentro do território nacional, nos termos desta resolução.

**Art. 3º** Nos serviços prestados por telemedicina os dados e imagens dos pacientes, constantes no registro do prontuário devem ser preservados, obedecendo as normas legais e do CFM pertinentes à guarda, ao manuseio, à integridade, à veracidade, à confidencialidade, à privacidade, à irrefutabilidade e à garantia do sigilo profissional das informações.

§ 1º O atendimento por telemedicina deve ser registrado em prontuário médico físico ou no uso de sistemas informacionais, em Sistema de Registro Eletrônico de Saúde (SRES) do paciente, atendendo aos padrões de representação, terminologia e interoperabilidade.

§ 2º O SRES utilizado deve possibilitar a captura, o armazenamento, a apresentação, a transmissão e a impressão da informação digital e identificada em saúde e atender integralmente aos requisitos do Nível de Garantia de Segurança 2 (NGS2), no padrão da infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil) ou outro padrão legalmente aceito.

§ 3º Os dados de anamnese e propedêuticos, os resultados de exames complementares e a conduta médica adotada, relacionados ao atendimento realizado por telemedicina devem ser preservados, conforme legislação vigente, sob guarda do médico responsável pelo atendimento em consultório próprio ou do diretor/responsável técnico, no caso de interveniência de empresa e/ou instituição.

§ 4º Em caso de contratação de serviços terceirizados de arquivamento, a responsabilidade pela guarda de dados de pacientes e do atendimento deve ser contratualmente compartilhada entre o médico e a contratada.

§ 5º O SRES deve propiciar interoperabilidade/intercambialidade, com utilização de protocolos flexíveis, pelo qual dois ou mais sistemas possam se comunicar de forma eficaz e com garantia de confidencialidade, privacidade e integridade dos dados.

§ 6º É direito do paciente ou seu representante legal solicitar e receber cópia em mídia digital e/ou impressa dos dados de seu registro.

§ 7º Os dados pessoais e clínicos do teleatendimento médico devem seguir as definições da LGPD e outros dispositivos legais, quanto às finalidades primárias dos dados.

§ 8º Na utilização de plataformas institucionais, quando necessário, deve ser garantido ao médico assistente, o direito de acesso aos dados do paciente, durante todo o período de vigência legal da sua preservação.

**Art. 4º** Ao médico é assegurada a autonomia de decidir se utiliza ou recusa a telemedicina, indicando o atendimento presencial sempre que entender necessário.

§ 1º A autonomia médica está limitada à beneficência e à não maleficência do paciente, em consonância com os preceitos éticos e legais.

§ 2º A autonomia médica está diretamente relacionada à responsabilidade pelo ato médico.

§ 3º O médico, ao atender por telemedicina, deve proporcionar linha de cuidados ao paciente, visando a sua segurança e a qualidade da assistência, indicando o atendimento presencial na evidência de riscos.

**Art. 5º** A telemedicina pode ser exercida nas seguintes modalidades de teleatendimentos médicos:

I) Teleconsulta;

II) Teleinterconsulta;

III) Telediagnóstico;

IV) Telecirurgia;

V) Telemonitoramento ou televigilância;

VI) Teletriagem;

VII) Teleconsultoria.

**Art. 6º** A TELECONSULTA é a consulta médica não presencial, mediada por TDICs, com médico e paciente localizados em diferentes espaços.

§ 1º A consulta presencial é o padrão ouro de referência para as consultas médicas, sendo a telemedicina ato complementar.

§ 2º Nos atendimentos de doenças crônicas ou doenças que requeiram acompanhamento por longo tempo deve ser realizada consulta presencial, com o médico assistente do paciente, em intervalos não superiores a 180 dias.

§ 3º O estabelecimento de relação médico-paciente pode ser realizado de modo virtual, em primeira consulta, desde que atenda às condições físicas e técnicas dispostas nesta resolução, obedecendo às boas práticas médicas, devendo dar seguimento ao acompanhamento com consulta médica presencial.

§ 4º O médico deverá informar ao paciente as limitações inerentes ao uso da teleconsulta, em razão da impossibilidade de realização de exame físico completo, podendo o médico solicitar a presença do paciente para finalizá-la.

§ 5º É direito, tanto do paciente quanto do médico, optar pela interrupção do atendimento a distância, assim como optar pela consulta presencial, com respeito ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pré-estabelecido entre o médico e o paciente.

**Art. 7º** A TELEINTERCONSULTA é a troca de informações e opiniões entre médicos, com auxílio de TDICs, com ou sem a presença do paciente, para auxílio diagnóstico ou terapêutico, clínico ou cirúrgico. Parágrafo único. O médico assistente responsável pela teleinterconsulta deverá ser, obrigatoriamente, o médico responsável pelo acompanhamento presencial. Os demais médicos envolvidos só podem ser responsabilizados por seus atos.

**Art. 8º** O TELEDIAGNÓSTICO é o ato médico a distância, geográfica e/ou temporal, com a transmissão de gráficos, imagens e dados para emissão de laudo ou parecer por médico com registro de qualificação de especialista (RQE) na área relacionada ao procedimento, em atenção à solicitação do médico assistente. Parágrafo único. Os serviços onde os exames estão sendo realizados deverão contar com um responsável técnico médico.

**Art. 9º** A TELECIURURGIA é a realização de procedimento cirúrgico a distância, com utilização de equipamento robótico e mediada por tecnologias interativas seguras.

Parágrafo único. A telecirurgia robótica está disciplinada em resolução específica do CFM.

**Art. 10º** O TELEMONITORAMENTO ou TELEVIGILÂNCIA médica é o ato realizado sob coordenação, indicação, orientação e supervisão por médico para monitoramento ou vigilância a distância de parâmetros de saúde e/ou doença, por meio de avaliação clínica e/ou aquisição direta de imagens, sinais e dados de equipamentos e/ou dispositivos agregados ou implantáveis nos pacientes em domicílio, em clínica médica especializada em dependência química, em instituição de longa permanência de idosos, em regime de internação clínica ou domiciliar ou no traslado de paciente até sua chegada ao estabelecimento de saúde.

§ 1º O telemonitoramento inclui a coleta de dados clínicos, sua transmissão, processamento e manejo, sem que o paciente precise se deslocar até uma unidade de saúde.

§ 2º Deve ser realizado por indicação e justificativa do médico assistente do paciente, com garantia de segurança e confidencialidade, tanto na transmissão quanto no recebimento de dados.

§ 3º A transmissão dos dados deve ser realizada sob a responsabilidade técnica da instituição de vinculação do paciente.

§ 4º A interpretação dos dados e emissão de laudos deve ser feita por médico regularmente inscrito no CRM de sua jurisdição e com registro de qualificação de especialista (RQE) na área relacionada a exames especializados.

§ 5º A coordenação do serviço médico deverá promover o devido treinamento de recursos humanos locais, inclusive os pacientes, que poderão intermediar o atendimento.

§ 6º Todos os dados resultados do telemonitoramento, incluindo resultados de exames, avaliação clínica e prescrição e profissionais envolvidos devem ser adequadamente registrados no prontuário do paciente.

**Art. 11º.** A TELETRIAGEM médica é o ato realizado por um médico, com avaliação dos sintomas do paciente, a distância, para regulação ambulatorial ou hospitalar, com definição e direcionamento do paciente ao tipo adequado de assistência que necessita ou a um especialista.

§ 1º O médico deve destacar e registrar que se trata apenas de uma impressão diagnóstica e de gravidade, o médico tem autonomia da decisão de qual recurso será utilizado em benefício do paciente, não se confundindo com consulta médica.

§ 2º Na teletriagem médica o estabelecimento/sistema de saúde deve oferecer e garantir todo o sistema de regulação para encaminhamento dos pacientes sob sua responsabilidade.

**Art. 12º.** A TELECONSULTORIA médica é ato de consultoria mediado por TDICs entre médicos, gestores e outros profissionais, com a finalidade de prestar esclarecimentos sobre procedimentos administrativos e ações de saúde.

**Art. 13º.** No caso de emissão à distância de relatório, atestado ou prescrição médica, deverá constar obrigatoriamente em prontuário:

- a) Identificação do médico, incluindo nome, CRM, endereço profissional;
- b) Identificação e dados do paciente (endereço e local informado do atendimento);

- c) Registro de data e hora;
- d) Assinatura com certificação digital do médico no padrão ICP-Brasil ou outro padrão legalmente aceito;
- e) que foi emitido em modalidade de telemedicina.

**Art. 14º.** A teleconferência médica por videotransmissão síncrona, de procedimento médico, pode ser feita para fins de assistência, educação, pesquisa e treinamento, com autorização do paciente ou seu responsável legal, desde que o grupo de recepção de imagens, dados e áudios seja composto exclusivamente por médicos e/ou acadêmicos de medicina, todos devidamente identificados e acompanhados de seus tutores.

§ 1º No caso de uso de tecnologias de telepresença, as mesmas premissas devem ser seguidas.

§ 2º Nos eventos multiprofissionais também deve ser atendida, em sua totalidade, a Resolução CFM no 1.718/2004 ou posteriores.

§ 3º Na teleconferência, os objetivos do treinamento não devem comprometer a qualidade assistencial e nem gerar aumento desnecessário em tempo, que possa comprometer a recuperação do paciente, em obediência ao normatizado no Código de Ética Médica.

**Art. 15º.** O paciente ou seu representante legal deverá autorizar o atendimento por telemedicina e a transmissão das suas imagens e dados por meio de (termo de concordância e autorização) consentimento, livre e esclarecido, enviado por meios eletrônicos ou de gravação de leitura do texto com a concordância, devendo fazer parte do SRES do paciente.

Parágrafo único. Em todo atendimento por telemedicina deve ser assegurado consentimento explícito, no qual o paciente ou seu representante legal deve estar consciente de que suas informações pessoais podem ser compartilhadas e sobre o seu direito de negar permissão para isso, salvo em situação de emergência médica.

**Art. 16º.** A prestação de serviço de telemedicina, como um método assistencial médico, em qualquer modalidade, deverá seguir os padrões normativos e éticos usuais do atendimento presencial, inclusive em relação à contraprestação financeira pelo serviço prestado.

Parágrafo único. O médico deve ajustar previamente com o paciente e as prestadoras de saúde o valor do atendimento prestado, tal qual no atendimento presencial.

**Art. 17º.** As pessoas jurídicas que prestarem serviços de telemedicina, plataformas de comunicação e arquivamento de dados deverão ter sede estabelecida em território brasileiro e estarem inscritas no Conselho Regional de Medicina do Estado onde estão sediadas, com a respectiva responsabilidade técnica de médico regularmente inscrito no mesmo Conselho.

§ 1º No caso de o prestador ser pessoa física, deverá ser médico devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição e informar a entidade a sua opção de uso de telemedicina.

§ 2º A apuração de eventual infração ética a esta resolução será feita pelo CRM de jurisdição do paciente e julgada no CRM de jurisdição do médico responsável.

**Art. 18º.** Os Conselhos Regionais de Medicina deverão estabelecer vigilância, fiscalização e avaliação das atividades de telemedicina em seus territórios, no que concerne à qualidade da atenção, relação médico-paciente e preservação do sigilo profissional.

**Art. 19º.** Os serviços médicos a distância jamais poderão substituir o compromisso constitucional de garantir assistência presencial segundo os princípios do SUS de integralidade, equidade, universalidade a todos os pacientes.

**Art. 20º.** O CFM poderá emitir normas específicas para telemedicina em determinadas situações, procedimentos e/ou práticas médicas que necessitem de regulamentação própria.

**Art. 21º.** Fica revogada a Resolução CFM no 1.643/2002, publicada no DOU de 26 de agosto de 2002, Seção I, pg. 205 e todas as disposições em contrário.

**Art. 22º.** Esta resolução entra em vigor na data da sua publicação.

## 16 – RESOLUÇÃO CFM Nº 2.320/2022

Adota normas éticas para a utilização de técnicas de reprodução assistida – sempre em defesa do

aperfeiçoamento das práticas e da observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudam a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos, tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e revogando a Resolução CFM nº 2.294, publicada no Diário Oficial da União de 15 de junho de 2021, Seção I, p. 60.

**Art. 1º** Adotar as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos.

**Art. 2º** Revogar a Resolução CFM nº 2.294, publicada no Diário Oficial da União (DOU) de 15 de junho de 2021, Seção I, p. 60.

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

## 17 - RESOLUÇÃO CFM no 2.323/2022

Dispõe de normas específicas para médicos que atendem o trabalhador.

**Art. 1º** Aos médicos do trabalho e demais médicos que atendem o trabalhador, independentemente do local em que atuem, cabe:

- I** – Assistir ao trabalhador, elaborar seu prontuário médico e fazer todos os encaminhamentos devidos;
- II** – Fornecer atestados e pareceres para o trabalhador sempre que necessário, considerando que o repouso, o acesso a terapias ou o afastamento da exposição nociva faz parte do tratamento;
- III** – Fornecer laudos, pareceres e relatórios de exame médico e dar encaminhamento, sempre que necessário, dentro dos preceitos éticos;
- IV** – Promover, com a ciência do trabalhador, a discussão clínica com o especialista assistente do trabalhador sempre que julgar necessário e propor mudanças no contexto do trabalho, quando indicadas, com vistas ao melhor resultado do tratamento.

§ 1º Quando requerido pelo paciente, deve o médico pôr a sua disposição ou a de seu representante legal tudo o que se refira ao seu atendimento, em especial cópia dos exames e do prontuário médico.

§ 2º Na elaboração do atestado médico e prontuário, deve o médico assistente observar o contido nas normas do Conselho Federal de Medicina.

§ 3º O médico do trabalho pode discordar dos termos de atestado médico emitido por outro médico desde que registre no prontuário os achados clínicos que justifiquem a discordância e após realizado o devido exame clínico do trabalhador.

§ 4º O médico do trabalho, ao ser solicitado pelo médico assistente do trabalhador, deverá produzir relatório com descrição dos riscos ocupacionais e da organização do trabalho e entregá-lo ao trabalhador ou ao seu responsável legal mediante recibo de entrega.

§ 5º O médico assistente ou especialista, ao ser solicitado pelo médico do trabalho, deverá produzir relatório ou parecer com descrição dos achados clínicos, prognóstico, tratamento e exames complementares realizados que possam estar relacionados às queixas do trabalhador e entregá-lo a ele ou ao seu responsável legal mediante recibo de entrega.

**Art. 2º** Para o estabelecimento do nexos causal entre os transtornos de saúde e as atividades do trabalhador, além da anamnese, do exame clínico presencial (físico e mental), de relatórios e de exames complementares, é dever do médico considerar:

- I – A história clínica e ocupacional atual e progressiva, decisiva em qualquer diagnóstico e/ou investigação denexo causal;
- II – O estudo do local de trabalho;
- III – O estudo da organização do trabalho;
- IV – Os dados epidemiológicos;
- V – A literatura científica;
- VI – A ocorrência de quadro clínico ou subclínico em trabalhadores expostos a riscos semelhantes;
- VII – A identificação de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos, estressantes e outros;
- VIII – O depoimento e a experiência dos trabalhadores;
- IX – Os conhecimentos e as práticas de outras disciplinas e de seus profissionais, sejam ou não da área da saúde.

**Parágrafo único.** Ao médico assistente é vedado determinarnexo causal entre doença e trabalho sem observar o contido neste artigo e seus incisos.

**Art. 3º** Os médicos do trabalho e os demais médicos que atendem os trabalhadores de empresas e instituições que admitem trabalhadores independentemente de sua especialidade devem:

- I – Atuar visando essencialmente a promoção da saúde e a prevenção da doença, conhecendo para tanto os processos produtivos e o ambiente de trabalho da empresa.
- II – Promover o esclarecimento e prestar as orientações necessárias sobre a condição dos trabalhadores com deficiência, idosos e/ou com doenças crônico-degenerativas e gestantes; e promover a inclusão destes no trabalho, participando do processo de adaptação do trabalho ao trabalhador, quando necessário.
- III – Dar conhecimento formalmente aos empregadores, aos trabalhadores e às comissões internas de prevenção de acidentes sobre os riscos existentes no ambiente de trabalho, informações da vigilância epidemiológica e outros informes técnicos, desde que resguardado o sigilo profissional.
- IV – Notificar formalmente o empregador quando da ocorrência ou da suspeita de acidente ou doença do trabalho para que a empresa proceda à emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho, devendo deixar registrado no prontuário do trabalhador.
- V – Notificar formalmente os agravos de notificação compulsória ao órgão competente do Ministério da Saúde quando suspeitar ou comprovar a existência de agravos relacionados ao trabalho, bem como notificar formalmente ao empregador a adoção dos procedimentos cabíveis, independentemente da necessidade de afastar o empregado do trabalho, devendo registrar tudo em prontuário.

**Art. 4º** Compete ao médico do trabalho avaliar as condições de saúde do trabalhador para determinadas funções e/ou ambientes, propondo sua alocação para trabalhos compatíveis com seu atual estado de saúde, orientando-o, bem como ao empregador ou chefia imediata, se necessário, em relação ao processo de adaptação do trabalho.

**Art. 5º** Os médicos do trabalho, como tais reconhecidos por lei, especialmente investidos da função de Médico Responsável pelo Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), estarão obrigados a fazerem-se presentes, com a regularidade que for necessária, nas empresas e em suas filiais, para coordenarem o referido programa, estando devidamente inscritos nos conselhos regionais de medicina dos estados em que estiverem atuando.

**§ 1º** Os médicos que executam os exames ocupacionais devem observar o contido nos programas instituídos para proteção integral à saúde do trabalhador, devendo ter conhecimento sobre as condições e riscos do trabalho.

**§ 2º** Ao médico do trabalho da empresa contratante é facultado exigir exames específicos da atividade a ser realizada pelo trabalhador por exposição a risco não contemplado no PCMSO de origem.

**Art. 6º** É vedado ao médico que presta assistência ao trabalhador:

- I – Realizar exame médico ocupacional, com recursos de telemedicina, sem o exame presencial do trabalhador.
- II – Assinar Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) em branco.
- III – Emitir ASO sem que esteja familiarizado com os princípios da patologia ocupacional e suas causas, bem como com o ambiente, as condições de trabalho e os riscos a que está ou será exposto cada trabalhador.

**IV** – Deixar de registrar no prontuário médico do trabalhador todas as informações referentes aos atos médicos praticados.

**V** – Informar resultados dos exames no ASO.

**Art. 7º** Na situação em que o trabalhador expatriado esteja impossibilitado de retornar ao Brasil para realização de exames médicos ocupacionais, ao médico do trabalho responsável pelo PCMSO caberá acompanhar virtualmente, em tempo real, a realização presencial do exame clínico (físico e mental) por médico do outro país, na modalidade interconsulta, e emitir o ASO.

**Art. 8º** Conforme as Resoluções do CFM nº 2.007/2013 e nº 2.147/2016, o ambulatório de assistência à saúde do trabalhador deverá ter médico do trabalho com Registro de Qualificação da Especialidade (RQE) como diretor técnico responsável pelo estabelecimento de saúde perante os conselhos regionais de medicina, autoridades sanitárias, ministério público, judiciário e demais autoridades.

**Art. 9º** Os atestados, relatórios e demais documentos apresentados e emitidos por médicos e odontólogos, regularmente inscritos nos seus respectivos conselhos, podem ser considerados pelo médico do trabalho, perito ou junta médica para subsidiar a decisão sobre a capacidade laborativa, sendo indispensável proceder à avaliação clínica.

**Art. 10º.** Em sua peça de contestação de nexa ao perito médico da Previdência, o médico do trabalho poderá enviar documentação probatória demonstrando que os agravos não têm nexa com o trabalho exercido pelo trabalhador, como:

**I** – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA)/Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (GRO);

**II** – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO);

**III** – Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP);

**IV** – Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);

**V** – Laudo Técnico de Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT);

**VI** – Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR);

**VII** – Programa de Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção (PCMAT);

**VIII** – Análise ergonômica do posto de trabalho, ficha de produtos químicos e outros documentos relacionados às condições de trabalho e pertinentes à contestação poderão ser utilizados, quando necessários. Parágrafo único. Por ocasião do encaminhamento do trabalhador à perícia previdenciária, deve o médico do trabalho entregar relatório médico ao trabalhador com a descrição das condições em que se deu o acidente ou a doença.

**Art. 11º.** Em ações judiciais, a cópia do prontuário médico, de exames complementares ou outros documentos poderá ser liberada por autorização do paciente ou dever legal.

**Art. 12º.** O médico de empresa, o médico responsável por qualquer programa de controle de saúde ocupacional de empresa e o médico participante do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho podem atuar como assistente técnico nos casos envolvendo a empresa contratante e/ou seus assistidos, desde que observem os preceitos éticos.

**§ 1º** No desempenho dessa função no Tribunal, o médico deverá agir de acordo com sua livre consciência, nos exatos termos dos princípios, direitos e vedações previstos no Código de Ética Médica (CEM).

**§ 2º** Existindo relação médico-paciente, permanecerá a vedação estabelecida no CEM vigente, sem prejuízo do contido no § 1º.

**Art. 13º.** Ao médico do trabalho responsável pelo PCMSO da empresa e ao médico participante do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) é vedado atuar como peritos judiciais, securitários ou previdenciários nos casos que envolvam a firma contratante e/ou seus assistidos, atuais ou passados.

**Art. 14º.** São atribuições e deveres do médico perito judicial e assistentes técnicos:

**I** – Examinar clinicamente o trabalhador e solicitar os exames complementares, se necessários;

**II** – O médico perito judicial e os assistentes técnicos, ao vistoriarem o local de trabalho, devem estar acompanhados, se possível, pelo próprio trabalhador objeto da perícia para melhor conhecimento do seu ambiente de trabalho e função;

**III** – Estabelecer o nexo causal, considerando o exposto no artigo 2º e incisos e como determina a Lei nº 12.842/2013, ato privativo do médico.

**Art. 15º.** Conforme artigo 465 do Código de Processo Civil, o juiz nomeará perito especializado no objeto e na natureza da perícia. A perícia com fins de determinação de nexo causal, avaliação de capacidade laborativa/aptidão, avaliação de sequela/valoração do dano corporal requer atestação de saúde e definição do prognóstico referente ao diagnóstico nosológico, o que é legalmente ato privativo do médico.

**§ 1º** É vedado ao médico participar como assistente técnico de perícia privativa de outra profissão regulamentada em lei.

**Art. 16º.** Em ações judiciais, o médico perito poderá peticionar ao Juízo que officie o estabelecimento de saúde ou o médico assistente para anexar cópia do prontuário do periciado, em envelope lacrado e em caráter confidencial.

**Art. 17º.** Esta Resolução não se aplica aos médicos peritos previdenciários cuja atuação tem legislação própria, ressalvando-se as questões éticas do exercício profissional.

**Art. 18º.** Revoga-se a Resolução CFM nº 2.297, publicada no Diário Oficial da União de 18 de agosto de 2021, Seção I, p. 314

**Art. 19º.** Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

## **18 - RESOLUÇÃO CFM nº 2.336/2023**

Dispõe sobre publicidade e propaganda médicas.

### **CAPÍTULO I**

#### **DAS DEFINIÇÕES E RESPONSABILIZAÇÕES**

**Art. 1º** Para fins desta Resolução, entende-se por publicidade ou propaganda médica a comunicação ao público, por qualquer meio de divulgação da atividade profissional, com iniciativa, participação e/ou anuência do médico, nos segmentos público, privado e filantrópico. §1º Entende-se por publicidade médica o ato de promover estruturas físicas, serviços e qualificações do médico ou dos estabelecimentos médicos (físicos ou virtuais). §2º Entende-se por propaganda médica o ato de divulgar assuntos e ações de interesse da medicina.

**Art. 2º** Os médicos estão obrigados a cumprir as regras contidas nesta Resolução e no Manual de Divulgação de Assuntos Médicos dela decorrente.

**Art. 3º** Quanto à responsabilização perante os Conselhos Regionais de Medicina (CRMs):

**I** – responde o médico pela divulgação de matérias enquanto pessoa física;

**II** – responde o Diretor Técnico-Médico pela divulgação de matérias dos estabelecimentos de hospitalização e assistência médica de qualquer natureza, públicos e privados (em ambiente físico ou virtual), planos de saúde, seguradoras e afins;

**III** – responde pela divulgação dos entes sindicais e associativos médicos seu presidente.

### **CAPÍTULO II**

#### **DAS OBRIGAÇÕES**

**Art. 4º** As peças de publicidade/propaganda médica deverão conter, obrigatoriamente, os seguintes dados:

**I** – nome, número(s) de registro(s) no(s) CRM(s) onde esteja exercendo a medicina, acompanhados da palavra MÉDICO;

**II** – especialidade e/ou área de atuação, quando registrada no CRM, seguida pelo número de Registro de Qualificação de Especialista (RQE), quando o for.

**Art. 5º** Nas peças de publicidade/propaganda de hospitais, clínicas, casas de saúde e outros estabelecimentos assistenciais à saúde, em ambiente físico ou virtual, deverá constar:

**I** – nos estabelecimentos públicos, privados e filantrópicos, em local visível:

- a) o nome do estabelecimento com número de cadastro ou registro no CRM;
- b) o nome do Diretor Técnico-Médico com o respectivo número de inscrição no CRM e, onde for exigível, a especialidade com o RQE.

**II** – as placas internas de sinalização, quando identificarem os médicos integrantes do corpo clínico:

- a) deverão ser mantidas atualizadas; e
- b) conter os itens previstos nos incisos I e II do art. 4º.

**Parágrafo único.** Em todo material utilizado na divulgação, física e virtual, devem constar os itens apresentados acima, estando o rol descrito no Manual da Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame) do CFM.

**Art. 6º** Em redes sociais, blogs, sites e congêneres, onde ocorrer publicidade ou propaganda de assuntos médicos, as informações descritas no art. 4º devem estar dispostas na página principal do perfil (pessoa física ou jurídica) ou equivalente.

**§1º** Os conteúdos temporários estarão sujeitos às mesmas regras de publicidade estabelecidas nesta Resolução.

**§2º** As orientações para cumprimento deste dispositivo constam do Manual da Codame.

**§3º** Quando o médico utilizar sua rede social para divulgar ao mesmo tempo matérias publicitárias e propagandísticas da profissão e passagens de sua vida privada, deve obedecer ao disposto no caput deste artigo.

### **CAPÍTULO III**

#### **DOS MEIOS DE PUBLICIDADE E PROPAGANDA NAS REDES SOCIAIS PRÓPRIAS DE MÉDICOS E ESTABELECIMENTOS MÉDICOS**

**Art. 7º** A publicidade, em redes próprias do médico e de estabelecimentos de natureza médica, tem por objetivo dar ciência à comunidade em geral das competências e qualificações dos médicos e dos ambientes, físicos ou virtuais, onde exercem sua profissão.

**Art. 8º** Todos os meios ou canais de comunicação e divulgação de propriedade do médico e estabelecimentos assistenciais médicos são lícitos para a comunicação dos médicos com o público e, salvo prova em contrário, idôneos, devendo-se observar que:

**I**– as publicações deverão estar em meio físico ou virtual, conforme definido nesta Resolução e Manual da Codame;

**II**– os perfis de médicos e de ambientes médicos, físicos ou virtuais, em canais de redes sociais deverão obedecer aos critérios definidos em lei, resoluções normativas e Manual da Codame;

**III**– a publicação nas redes sociais de autorretrato (selfie), imagens e/ou áudios está permitida, desde que não tenham características de sensacionalismo ou concorrência desleal, conforme definição nesta Resolução.

**§ 1º** Para efeito de aplicação desta Resolução, são consideradas redes sociais próprias: sites, blogs, Facebook, Twitter, Instagram, YouTube, WhatsApp, Telegram, Sygnal, TikTok, LinkedIn, Threads e quaisquer outros meios similares que vierem a ser criados.

**§ 2º** Nas redes próprias, a publicidade/propaganda poderá ter o objetivo de formação, manutenção ou ampliação de clientela, bem como dar conhecimento de informações para a sociedade.

**§ 3º** Publicações e postagens de terceiros e/ou pacientes que venham a ser compartilhadas ou repostadas pelo médico em suas próprias redes sociais passam a ser consideradas como publicações suas para fins de aplicação das regras previstas nesta Resolução.

**§ 4º** Publicações e postagens de terceiros e/ou pacientes com elogios à técnica e ao resultado de procedimento, ainda que não compartilhadas em redes sociais do médico, devem ser investigadas pela Codame quando ocorrerem de modo reiterado e/ou sistemático, conforme definido no Manual.

### **CAPÍTULO IV**

#### **DAS PERMISSÕES**

**Art. 9º** É permitido ao médico:

- I**– utilizar fotografia ou vídeo com detalhes de seu ambiente de trabalho, sua própria imagem, de membros da equipe clínica e de outros auxiliares;
- II**– anunciar os aparelhos e recursos tecnológicos, utilizando as informações, indicações e propriedades presentes em seu portfólio, conforme aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), ou sucedânea, e autorizado pelo CFM para uso médico privativo e/ou compartilhado com outras profissões, respeitando a vedação estabelecida no inciso II do art. 11 desta Resolução;
- III**– anunciar os serviços agregados a seu consultório ou clínica realizados por profissionais de área correlata à medicina objetivando a execução das prescrições de fármacos, materiais e insumos ou a aplicação de técnicas e procedimentos, supervisionando a aplicação e, obrigatoriamente, fazendo registro da prescrição em prontuário ou ficha clínica de cada paciente;
- IV**– incluir referência em textos, imagens ou áudios quanto à forma de marcação de consulta, horários de atendimento e a dinâmica de funcionamento de seu consultório, instituição hospitalar e de assistência médica (física ou virtual);
- V**– orientar pacientes sobre características do local onde os serviços são oferecidos (estacionamento, segurança, privacidade, conforto e localização), bem como seu portfólio de atendimento (planos, seguros saúde, procedimentos, atos personalizados e outros);
- VI**– informar sobre valores de consultas, meios e formas de pagamento;
- VII**– informar que o valor de procedimentos particulares poderá ser acordado entre as partes previamente ao atendimento e sua execução;
- VIII**– anunciar abatimentos e descontos em campanhas promocionais, sendo proibido vincular as promoções a vendas casadas, premiações e outros que desvirtuem o objetivo final da medicina como atividade-meio, conforme definido no Manual da Codame;
- IX**– apresentar seu ambiente de trabalho, incluindo equipamentos com indicações de uso, conforme informações do portfólio da Anvisa, ou agência governamental que a suceda, e autorizado pelo CFM para uso médico privativo e/ou compartilhado com outras profissões;
- X**– participar de peças de divulgação, físicas ou virtuais, como membro do corpo técnico/clínico de instituições públicas, privadas, filantrópicas ou outras, desde que concordem, sendo obrigatório observar os critérios dispostos no art. 4º desta Resolução;
- XI**– participar de peças de divulgação, físicas ou virtuais, de planos e seguros saúde, autogestões e outros, desde que preste serviços a esses planos e tenha autorizado o uso de sua imagem, à semelhança de membros do corpo clínico de qualquer instituição médica, sendo obrigatório observar os critérios dispostos no art. 4º desta Resolução;
- XII**– organizar cursos e grupos de trabalho com caráter educativo para leigos e anunciar seus valores, sendo terminantemente proibido realizar consultas, bem como oferecer informação que leve a juízo de diagnóstico, de procedimentos e prognóstico, vedando o ensino de ato privativo do médico, conforme dispõe a Resolução CFM nº 1.718/2004;
- XIII**– organizar e anunciar valores de cursos, consultorias e grupos de trabalho, com acesso restrito a médicos para discussão de casos clínicos e/ou atualizações em medicina de modo geral, desde que: a) essas atividades sejam restritas a médicos inscritos no CRM; b) o organizador confirme os dados dos inscritos, sob pena de responsabilização ética; c) seja garantido que os participantes respeitarão os critérios de confidencialidade em torno dos assuntos e casos discutidos, bem como o ensino do que for vedado pelo CFM, sob pena de responsabilização ética;
- XIV**– autorizar estudantes de medicina a participarem de cursos, consultorias e grupos de trabalho para discussão de casos clínicos, desde que identificados e compromissados com o respeito ao sigilo e às normas gerais do grupo, ficando o organizador responsável pela observação desses critérios;
- XV**– emitir comentário genérico sobre o prazer com o trabalho, alegria em receber seus pacientes e acompanhantes, motivações com os desafios do dia-a-dia de sua profissão, gerando corrente positiva para a boa imagem da medicina, desde que:
- a) não identifique pacientes ou terceiros;

b) não adote tom pejorativo, desrespeitoso, ofensivo, sensacionalista ou incompatível com os compromissos éticos exigidos pela medicina para com suas instituições, outros colegas, especialidades ou técnicas e procedimentos;

**XVI**– revelar resultados comprováveis de tratamentos e procedimentos desde que não identifique pacientes;

**XVII**– emitir observações críticas quanto ao ambiente e condições de trabalho, sendo vedado o uso de tom ofensivo ou desrespeitoso a qualquer pessoa ou superior hierárquico;

**XVIII**– anunciar a aplicação de órteses e próteses, fármacos, insumos e afins quando da execução de procedimentos nos termos do inciso III deste artigo, desde que:

a) descreva características e propriedades de insumos, órteses e próteses, de acordo com a Resolução CFM nº 2.318/2022;

b) quando criador ou desenvolvedor da órtese ou insumo, aprovados pela Anvisa e pelo CFM, nos termos no inciso III, ao fazer divulgação e aplicar nos ambientes previstos nessa resolução, esclareça seus conflitos de interesse;

c) não anuncie marcas comerciais e fabricantes.

## **CAPÍTULO V**

### **DA RELAÇÃO COM VEÍCULOS E CANAIS DE COMUNICAÇÃO DE MASSA**

**Art. 10.** Ao conceder entrevistas a qualquer veículo ou canal de comunicação, bem como na publicação de artigos e informações ao público leigo, o médico deve se portar como representante da medicina, devendo abster-se de condutas que visem angariar clientela ou pleitear exclusividade de métodos diagnósticos e terapêuticos.

§1º Nas ocasiões descritas no caput, é vedada a divulgação de endereço físico ou virtual, telefone e outros, exceto aqueles dados previstos no art. 4º desta Resolução.

§2º Em entrevistas, debates ou qualquer exposição para público leigo a respeito da medicina, fica o médico obrigado a declarar seus conflitos de interesse.

## **CAPÍTULO VI**

### **DAS PROIBIÇÕES**

**Art. 11.** É vedado ao médico e, naquilo que couber, às pessoas jurídicas, entes sindicais e associativos de natureza médica:

**I**– divulgar, quando não especialista, que trata de sistemas orgânicos, órgãos ou doenças específicas, por induzir à confusão com a divulgação de especialidades;

**II**– atribuir capacidade privilegiada a aparelhagens;

**III**– divulgar equipamento e/ou medicamento sem registro na Anvisa, ou agência que a suceda;

**IV**– participar de propaganda/publicidade de medicamento, insumo médico, equipamento, alimento e quaisquer outros produtos, induzindo à garantia de resultados;

**V**– conferir selo de qualidade, ou qualquer outra chancela, a produtos alimentícios, de higiene pessoal ou de ambientes, material esportivo e outros por induzir a garantia de resultados;

**VI**– participar de propaganda enganosa de qualquer natureza;

**VII**– divulgar método ou técnica não reconhecido pelo CFM;

**VIII**– expor imagens de consultas e procedimentos transmitidas em tempo real, com técnicas ou métodos de abordagens, ainda que com autorização expressa do paciente, ressalvado o disposto no inciso IV do art. 13 e no inciso II, alínea d, do art. 14 desta Resolução;

**IX**– anunciar a utilização de técnicas de forma a lhe atribuir capacidade privilegiada, mesmo que seja o único a fazê-la; **X**– oferecer serviços por meio de consórcio e similares;

**XI**– oferecer consultoria a pacientes e familiares como substituição da consulta médica presencial, excetuado o que for regulamentado em resolução específica para a telemedicina;

**XII**– garantir, prometer ou insinuar bons resultados do tratamento;

**XIII**– permitir, autorizar ou não impedir que seu nome seja incluído em listas de premiações, homenagens, concursos ou similares com a finalidade de escolher ou indicar profissional para o recebimento de títulos

como “médico do ano”, “destaque da especialidade”, “melhor médico” ou outras denominações com foco promocional ou de propaganda patrocinada;

XIV– fazer qualquer propaganda ou manter material publicitário nas dependências de seu consultório ou, pessoa jurídica da área médica a que pertença, de empresas dos ramos farmacêuticos, óticos, de órteses e próteses ou insumos médicos de qualquer natureza, quando investidor em qualquer delas;

XV– ter ou manter consultório no interior de estabelecimentos dos ramos farmacêuticos, óticos, de órteses e próteses ou insumos de uso médico;

XVI– portar-se de forma sensacionalista ou autopromocional, praticar concorrência desleal ou divulgar conteúdo inverídico.

§ 1º As vedações elencadas nos incisos IV e V alcançam as entidades associativas e sindicais, não se aplicando aos casos previstos na Resolução CFM nº 1.595/2000.

§ 2º Entende-se por sensacionalismo:

a) divulgar procedimento com o objetivo de enaltecer e priorizar sua atuação como médico ou do local onde atua;

b) utilizar veículos e canais de comunicação para divulgar abordagem clínica e/ou terapêutica médica que ainda não tenha reconhecimento pelo CFM;

c) adulterar e/ou manipular dado estatístico e científico para se beneficiar individualmente ou à instituição que integra, representa ou o financia;

d) apresentar em público técnica, abordagem ou método científico que deva ser limitado ao ambiente médico, inclusive a execução de procedimentos clínicos ou cirúrgicos;

e) veicular em público informação que possa causar intranquilidade, insegurança, pânico ou medo de forma coletiva ou individual, mesmo que para fatos conhecidos;

f) usar de forma abusiva, enganosa ou sedutora representações visuais e informações que induzam à percepção de garantia de resultados.

§3º Entende-se por promocional referir-se a si próprio, a serviço onde atue ou a técnicas e procedimentos de modo a conferir-se propriedades e qualidades privilegiadas.

§4º Entende-se por concorrência desleal:

a) reportar em suas redes próprias, ou na de terceiros, insinuações de haver feito descobertas milagrosas ou extraordinárias cujo acesso é condicionado à abertura sucessiva de novas abas, fornecimento de informações pessoais ou pagamento;

b) dirigir-se em suas redes próprias a outros médicos, especialidades ou técnicas e procedimentos de forma desrespeitosa, com palavras ou imagens ofensivas à honra, à decência ou à dignidade dos que pretende atingir;

c) anunciar a prestação de serviços médicos gratuitos em seu consultório privado, aplicando-se este mesmo princípio a empresas de qualquer ramo que contrate médico para prestação de serviços em medicina;

d) não anunciar, enquanto estabelecimento assistencial, ente associativo ou sindical médico, campanhas preventivas, curativas e de reabilitação sem identificar o patrocinador da ação.

§5º Entende-se por conteúdo inverídico toda propaganda ou publicidade com o anúncio de práticas revolucionárias ou milagrosas, ou novos procedimentos que não tenham sido aprovados para uso médico pelo CFM.

## **CAPÍTULO VII DOS DEVERES**

Art. 12. É dever do médico, inclusive os ocupantes de cargos diretivos:

– solicitar retificação a qualquer meio de comunicação não próprio, bem como informar ao CRM, sem prejuízo de futuras apurações de responsabilidade, caso não concorde com o teor de declarações a si atribuídas em textos ou peças (gráficas ou audiovisuais) divulgadas de forma a transgredir os critérios definidos nesta Resolução;

II– adotar tom sóbrio, impessoal e verídico na emissão de boletins médicos, sempre preservando o sigilo médico.

§ 1º A divulgação dos boletins médicos caberá ao médico assistente ou seu substituto, ao diretor técnico da instituição ou ao CRM, quando o médico considerar pertinente.

§ 2º O boletim médico, em caso de pacientes internados em estabelecimentos assistenciais, deverá, sempre, ser assinado pelo médico assistente e subscrito pelo Diretor TécnicoMédico da instituição ou, em sua falta, por seu substituto.

## **CAPÍTULO VIII DOS DIREITOS**

Art. 13. É direito do médico e de estabelecimentos de natureza médica:

I– utilizar qualquer meio ou canal de comunicação não próprio, quando convidado, para dar entrevistas e publicar artigos sobre assuntos médicos, com finalidade educativa, de divulgação científica, de promoção da saúde e do bem-estar públicos, desde que respeitadas as proibições previstas nesta Resolução;

II– comprar espaço em qualquer dos veículos de comunicação descritos acima para fazer propaganda/publicidade;

III– em suas redes sociais próprias fazer publicidade/propaganda para formar, manter ou aumentar a clientela, sendo permitido também dar informações de caráter acadêmico e/ou educativo para a comunidade;

IV– utilizar em trabalhos e eventos científicos, destinados exclusivamente a médicos e estudantes de medicina, imagens, transmitidas em tempo real, com a aplicação de técnicas de abordagem, desde que obtenha prévia autorização do paciente ou de seu representante legal;

V– consultar a Codame dos CRMs, em caso de dúvida, visando atender às exigências e normas legais e éticas sobre publicidade/propaganda em medicina;

VI– divulgar sua qualificação técnica.

§1º A divulgação da qualificação técnica do médico será feita da seguinte forma:

a) diploma médico: o próprio diploma e, se desejar, outros dados que considere relevante sobre a instituição onde se formou, mais a data de formatura, acompanhados da palavra MÉDICO(A);

b) diploma médico revalidado, com indicação da instituição de ensino superior pela qual colou grau, a data de formatura e o país sede da instituição, acompanhados da instituição de ensino superior que revalidou seu diploma, acompanhados da palavra MÉDICO(A);

c) especialista: a especialidade, devidamente registrada no CRM, acompanhada do número de RQE, devendo proceder da mesma forma quanto às áreas de atuação, sendo seu direito também anunciar outros títulos, como pós-graduações lato sensu ou stricto sensu em áreas relacionadas à especialidade;

d) curso de pós-graduação lato sensu devidamente cadastrado no CRM: MÉDICO(A) com pós-graduação em (área da pós-graduação), seguido de NÃO ESPECIALISTA, em caixa alta;

e) curso de pós-graduação stricto sensu devidamente cadastrado no CRM: MÉDICO(A) com pós-graduação em (Mestre, Doutor em...), seguido de NÃO ESPECIALISTA, em caixa alta;

f) ao médico detentor de título de especialidade, é permitida a divulgação de até 2 (duas) especialidades e as áreas de atuação relacionadas à especialidade.

§2º Para os efeitos da aplicação desse artigo, é considerado especialista e detentor de título em área de atuação todo aquele que apresentar RQE.

§3º Os títulos sujeitos a cadastramento de que tratam as alíneas d e e não terão número de ordem na declaração que será fornecida; haverá apenas a indicação de que obedece ao disposto nesta Resolução.

## **CAPÍTULO IX DO USO DA IMAGEM DE PACIENTES OU DE BANCO DE IMAGENS**

Art. 14. Fica permitido o uso da imagem de pacientes ou de bancos de imagens com finalidade educativa, voltado a:

I– elaboração de material direcionado à população a respeito de doenças e procedimentos em medicina e/ou relacionados à especialidade com RQE, sendo permitido o uso de imagens, quando necessário, para informar sobre manifestações, sinais e sintomas que recomendem a procura de avaliação médica, podendo descrever as soluções técnicas possíveis para o caso;

II– a demonstração de resultados de técnicas e procedimentos, respeitados os seguintes princípios:

- a) qualquer uso de imagem deve ser acompanhado de texto educativo contendo as indicações terapêuticas, fatores que influenciam possíveis resultados e descrição das complicações descritas em literatura científica;
- b) demonstrações de antes e depois devem ser apresentadas em um conjunto de imagens contendo indicações, evoluções satisfatórias, insatisfatórias e complicações decorrentes da intervenção, sendo vedada a demonstração e ensino de técnicas que devem limitar-se ao ambiente médico;
- c) quando aplicável, apresentar evolução para diferentes biotipos e faixas etárias, bem como evoluções imediatas, mediatas e tardias das intervenções demonstradas;
- d) a captura de imagens por equipes externas de filmagem, durante a realização de procedimentos, fica autorizada apenas para partos, quando a parturiente e/ou familiares assim desejarem e houver anuência do médico.
- e) é vedado o uso de imagens de procedimentos que identifique o paciente;
- f) é vedada qualquer edição, manipulação ou melhoramento das imagens;
- g) autorretratos repostados dos pacientes e depoimentos sobre a atuação do médico devem ser sóbrios, sem adjetivos que denotem superioridade ou induzam a promessa de resultado;
- h) quando são apresentadas imagens obtidas de banco de imagens, deve ser citada sua origem conforme regras de direitos autorais;
- i) quando as imagens forem de banco de dados do próprio médico ou serviço ao qual pertença:
  1. obter autorização do paciente para o uso de sua imagem;
  2. respeitar o pudor e a privacidade do paciente que cedeu as imagens;
  3. garantir o anonimato do paciente que cedeu as imagens, mesmo que tenha recebido autorização para divulgação.

## **CAPÍTULO X DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 15. Os CRMs devem manter, conforme seus Regimentos Internos, uma Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame), composta, minimamente, por três membros.

Art. 16. A Codame tem como finalidade:

- I – responder a consultas ao CRM a respeito de publicidade/propaganda de assuntos médicos;
  - II– organizar campanhas educativas sobre propaganda/publicidade médica, orientar sua divulgação pelos meios disponíveis no sistema CFM/CRMs, inclusive o Programa de Educação Médica Continuada apoiado e financiado pelo CFM;
  - III– convocar médico e Diretor Técnico-Médico, quando se tratar de pessoa jurídica, para esclarecer sobre potencial descumprimento de normas contidas nesta Resolução e seu Manual, orientando a imediata suspensão do anúncio e, para dar validade, registrar em ata as orientações, que será assinada por membro da Codame e o interessado (médico, quando pessoa física, e Diretor Técnico-Médico ou preposto médico devidamente identificado e autorizado, quando pessoa jurídica), sem prejuízo de outras medidas;
  - IV– orientar sociedades científicas, entidades sindicais e instituições médicas em geral na organização de evento de natureza multiprofissional, para respeitar a vedação do ensino de matéria privativa do médico a não médicos, esclarecendo que o respeito a esta determinação está sob a responsabilidade do Diretor Técnico-Médico do evento em cumprimento ao que determina a Resolução CFM nº 2.321/2022;
  - V– encaminhar à Corregedoria do Conselho Regional de Medicina matérias com potencial de infração ao Código de Ética Médica para a instauração de sindicância; VI– rastrear divulgações em qualquer mídia, inclusive na internet, adotando as medidas cabíveis sempre que houver desobediência a esta Resolução; VII– receber material publicitário, mesmo que de origem anônima, para apuração, podendo ser por canal próprio para esse fim;
  - VIII– providenciar que matéria relativa à publicidade/propaganda que chegue ao seu conhecimento não ultrapasse, em sua tramitação na Comissão, o prazo de 60 (sessenta) dias.
- Art. 17. A presente Resolução e o respectivo Manual da Codame entrarão em vigor no prazo de 180 dias, a partir de sua publicação, quando serão revogadas a Resolução CFM nº 1.974/2011, publicada no Diário Oficial da União (DOU) de 19 de

agosto de 2011, Seção I, p. 241-244; a Resolução CFM nº 2.126/2015, publicada no DOU de 1º de outubro de 2015, Seção I, p. 131; e a Resolução CFM nº 2.133/2015, publicada no DOU de 15 de dezembro de 2015.

## **19 - RESOLUÇÃO CFM Nº 2.416/2024**

Dispõe sobre os atos próprios dos médicos, sua autonomia, limites, responsabilidade e juridicidade.

### **CAPÍTULO I DO OBJETO**

Art. 1º A presente resolução define os atos próprios dos médicos, seus aspectos jurídicos, sua responsabilidade, sua autonomia e os limites inerentes a essas atribuições.

Parágrafo Único. Define também a responsabilidade dos médicos e diretores técnicos médicos (e chefias médicas) ao delegar/compartilhar a aplicação das prescrições em ambientes médicos com as equipes de saúde.

### **CAPÍTULO II DO ÂMBITO**

Art. 2º Este regulamento se aplica aos médicos regularmente inscritos no sistema CFM/CRMs, nos termos da Lei nº 3.268/1957, ou outra que a suceda, garantindo que os atos privativos e a responsabilidade deles decorrente sejam cumpridos em conformidade com as normas vigentes.

### **CAPÍTULO III DA HABILITAÇÃO**

Art. 3º O médico é o profissional legalmente habilitado ao exercício da medicina, capacitado para realizar diagnóstico nosológico, prescrever tratamento e definir medidas específicas de prevenção ou indicação terapêutica, recuperação de saúde e reabilitação, apto a prestar cuidados e a intervir sobre indivíduos e grupos populacionais doentes ou saudáveis, com o objetivo de proteger, melhorar ou manter seu estado e nível de saúde.

§ 1º Doença é a interrupção, cessação ou distúrbio da função do corpo, sistema ou órgão, caracterizada por, no mínimo, 2 (dois) dos seguintes critérios: de agente etiológico reconhecido, de grupo identificável de sinais ou sintomas, de alterações anatômicas ou psicopatológicas.

§ 2º São os responsáveis, em decorrência das atribuições do caput, e por determinação legal, por atestar saúde, doença e sequelas e, fazendo o prognóstico decorrente do diagnóstico nosológico, definindo condutas, revisando estratégias terapêuticas e estabelecendo impedimentos laborais, determinando sua duração.

§ 3º Instados, ou em decorrência de suas atribuições, a emitir parecer, relatório médico (integral ou circunstanciado), laudo de natureza clínica (citopatológico, anatomopatológico, de imagem e outros) e cirúrgica, laudo para caracterização de pessoa com deficiência utilizando o Código Internacional de Doenças, laudo pericial e médico-legal;

§ 4º Determinar privativamente a internação e respectiva alta de pacientes no sistema de assistência à saúde público, privado e filantrópico;

§ 5º Exercer as atividades técnico-científicas de investigação e formação, de ensino, assessoria, coordenação de cursos e residências médicas, pós-graduações da área médica, de conselheiro regional e

federal de medicina, da gestão de estabelecimentos assistenciais médicos (físico e virtual) públicos e privados, além de atuar na promoção de saúde e prevenção de doença.

§ 6º As atividades de prevenção primária e terciária que não impliquem na execução e procedimentos diagnósticos e terapêuticos podem ser atos profissionais compartilhados com outros profissionais da área da saúde, dentro dos limites impostos pela legislação pertinente.

## **CAPÍTULO IV DA RESPONSABILIDADE E AUTONOMIA**

Art. 4º Para que, com responsabilidade e autonomia técnico-científica, formule o diagnóstico das doenças e todos os atos dele decorrentes, são de uso privativo do médico:

I – Na Propedêutica:

- a) a anamnese para construção da história clínica da doença;
- b) o exame físico e mental;
- c) requisitar exames complementares, quando preciso, para afastar os possíveis diagnósticos diferenciais das enfermidades;
- d) fazer os assentamentos em prontuário como previsto na [Resolução CFM nº 2.153/2016](#) ou sucedânea;
- e) usar seus conhecimentos e habilidades clínicas e cirúrgicas para ajustar e corrigir estratégias terapêuticas previamente aplicadas dentro de seu caráter prognóstico.

§ 1º A anamnese, o exame físico e mental e a requisição de exames complementares são privativas dos médicos, uma vez que são ferramentas essenciais para a formulação de diagnósticos nosológicos e prognósticos baseado nestes diagnósticos, assim como para a prescrição de condutas terapêuticas ou de reabilitação;

§ 2º Outras profissões que convergem suas ações para a medicina utilizam técnicas de entrevista e avaliações focadas para a identificação dos sinais e sintomas de relevância para as intervenções terapêuticas definidas em lei como de sua competência;

§ 3º Os dentistas e os nutricionistas têm autorização legal para requisitar e interpretar exames no respectivo limite de suas profissões, enquanto enfermeiros têm autorização apenas para requisitar exames clínicos previstos em protocolos de saúde pública, fazendo parte da equipe multiprofissional de saúde.

II – Na Terapêutica:

- a) a prescrição de especialidades farmacêuticas, nutracêuticas, imunobiológicos, quimioterápicos, agentes esfoliantes e dermatabrasivos, a toxina botulínica, bioestimuladores, preenchedores, fios de sustentação e quaisquer dispositivos médicos implantáveis, além das que possam surgir fruto do desenvolvimento científico.
- b) indicação e execução de intervenção cirúrgica e prescrição de cuidados médicos pré e pós-operatórios;
- c) indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias;
- d) intubação traqueal;
- e) todo procedimento, diagnóstico, terapêutico ou reabilitatório, que exija sedação, anestesia local, segmentar ou geral, à exceção dos previstos para a odontologia, na área estomatognática, conforme o disposto na [Resolução CFM nº 2.373/2023](#) (ou sucedânea), e a enfermagem para os procedimentos de episiotomia e episiorrafia;
- f) utilização de dispositivos médicos (máquinas, insumos, equipamentos etc.) usados em procedimentos clínicos, cirúrgicos, estéticos e de reabilitação que exijam infraestrutura de suporte à vida, conforme [Resolução CFM nº 2.056/2013](#) (ou sucedânea) e normas sanitárias específicas para sua aplicação, conforme [Resolução da Diretoria Colegiada \(RDC\) ANVISA 751](#) de 15 de setembro de 2022, que dispõe sobre a classificação de risco dos dispositivos médicos.

§ 1º A prescrição de especialidades farmacêuticas é permitida em odontologia no âmbito de sua atuação; na enfermagem, em programas específicos de saúde pública, fazendo parte da equipe multiprofissional de saúde, e complexos vitamínicos e nutracêuticos aos nutricionistas;

§ 2º Os procedimentos invasivos são permitidos aos profissionais de enfermagem na aplicação de injetáveis intradérmicos, subcutâneos, intramusculares e venosos superficiais, assim como em punções de artérias superficiais, sempre mediante prescrição médica;

§ 3º Odontologistas realizam procedimentos invasivos exclusivamente no aparelho estomatognático, de acordo com sua lei e o disposto na Resolução CFM nº 2.373/2023 (ou sucedânea);

§ 4º Aos enfermeiros, na prevenção e cuidado a feridas, desde que não requeiram desbridamento com uso de anestesia. Estão autorizados também a realizar a introdução de sondas vesicais e aplicar máscaras ventilatórias superficiais;

§ 5º Aos fisioterapeutas, o uso de técnicas invasivas de vísceras ocas para aplicação de processo fisioterápico, vedada a invasão de tecidos;

§ 6º Aos profissionais de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e esteticistas, a utilização de máquinas e equipamentos em procedimentos de baixo risco não invasivos cuja aplicação não exija infraestrutura de suporte à vida;

§ 7º Entende-se por dispositivo médico invasivo aquele que penetre parcial ou totalmente no corpo, seja por um dos seus orifícios ou atravessando a pele.

§ 8º Aos profissionais que operam equipamentos de imagem, tecnólogos em radiologia e biomédicos, é vedado induzir sedação, aplicar substâncias contrastantes e emitir laudos diagnósticos;

III – Na Reabilitação:

a) definição de sequelas e sua abrangência;

b) prescrição de órteses e próteses que requeiram aferição, aplicação ou adaptação por médico;

c) prescrição de procedimentos voltados para a reabilitação;

d) em caráter prognóstico, com base no diagnóstico nosológico, as prescrições de acompanhamento domiciliar, suporte institucional dia, turno e hora, além da definição da periodicidade em especialidades médicas que requeiram apoio e planejamento institucional tanto para os processos de reabilitação quanto para o suporte à assistência domiciliar.

§ 1º Excetua-se dessa determinação a adaptação de órteses e próteses que não impliquem em procedimento invasivo ou aferição de precisão para restabelecimento de função.

§ 2º Excetuam-se também os atos inerentes às profissões que atuam em reabilitação, desde que previstos em suas leis e realizados fora dos ambientes médicos.

IV – Do ato jurídico:

a) é privativo do médico emitir documentos de importância jurídica e médico-legal relacionados aos atos praticados no exercício da medicina;

b) o rol de documentos médicos está previsto na [Resolução CFM nº 2.381/2024](#);

c) esses documentos respondem à interface médico-jurídico e decorrem da relação direta do médico com seu paciente, ou, indiretamente, quando elabora laudos relativos a exames complementares de caráter diagnóstico e, por força de lei, a demandas periciais e médico-legais;

d) definir a causa jurídica da morte e suas implicações para a interface com a saúde pública e jurídico-forense.

§ 1º Excetuam-se os laudos psicológicos relativos a problemas de ajustamento, bem como os pareceres biopsicossociais emitidos por assistentes sociais, vedada a formulação do diagnóstico nosológico e o uso do Código Internacional de Doenças ou Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde e suas codificações;

§ 2º Excetuam-se os relatórios emitidos pelas profissões afins à medicina, vedada a formulação do diagnóstico nosológico e o uso do Código Internacional de Doenças ou Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde e suas codificações;

V – Na administração dos serviços em saúde:

a) exercer a função de diretor técnico médico dos estabelecimentos de hospitalização ou de assistência médica;

b) são serviços com essas características aqueles onde se executam procedimentos para o diagnóstico de saúde, doença e sequelas, se realizam prescrições e aplicação de medicamentos, de procedimentos

invasivos de caráter clínico, cirúrgico, de reabilitação (como aferição, implante e avaliação adaptativa de implantáveis) e os ambientes pericial e médico-legal;

c) exercer a função de diretor técnico médico de planos de saúde, de autogestão, seguros saúde, cooperativas médicas, organizações sociais prestadoras de serviços médicos, além de outras intermediadoras da prestação de serviços médicos como cartão de desconto, plataformas de telemedicina, aplicativos que conectam pacientes a serviços de atendimento domiciliar ([Resolução CFM nº 2.178/17](#));

d) coordenar os cursos de medicina e as residências médicas, as pós-graduações em medicina e os eventos organizados em medicina;

e) obrigam-se a seguir o disposto na [Resolução CFM nº 2.147/16](#) (ou sucedânea) para o bom desempenho de sua função.

f) vedar que profissionais não habilitados ao exercício da medicina pratiquem atos privativos de médicos em ambientes médicos, bem como permitir o ensino ou a delegação a esses profissionais de atos da exclusiva competência de médicos

§ 1º Excetuam-se deste rol as chefias de profissões afins à medicina quando em ambientes médicos, devendo essas integrarem o organograma e fluxograma da diretoria técnica-médica;

§ 2º Excetua-se também a diretoria administrativa, quando o organograma exigir, nos ambientes médicos.

§ 3º Fica vedado o trabalho do médico dirigido por quem não é formado em medicina.

## **CAPÍTULO V DA QUALIFICAÇÃO E COMPETÊNCIAS**

Art. 5º O médico deve respeitar as qualificações e aptidões que forem reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 1º O médico deve abster-se de praticar atos para os quais não esteja técnica e cientificamente preparado, exceto nos casos de emergência e na impossibilidade de intervenção de um médico mais habilitado.

§ 2º O médico obriga-se a se manter atualizado tanto em relação aos avanços científicos e tecnológicos, quanto aos preceitos éticos estabelecidos pelos Conselho Federal e Regionais de Medicina.

v

§ 3º Ao delegar a outros profissionais da saúde, decorrente de sua prescrição, a execução de atos não privativos dos médicos, deverá assegurar que sejam realizados sob sua supervisão, assumindo responsabilidade pela correta execução das ações delegadas.

## **CAPÍTULO VI DAS VEDAÇÕES**

Art. 6º Ficam os médicos proibidos de atender requisições de exames complementares solicitados por não médicos, exceto aqueles previstos em lei ou em programas de saúde pública, elaborados com a participação de médico, estes últimos limitados ao determinado nos trabalhos em equipes de saúde, mantido o veto se a requisição estiver relacionada a práticas fora deste contexto.

§ 1º A prescrição de medicamentos, tratamentos e quaisquer tecnologias em medicina é privativa de médicos, sendo vedado a eles delegar ou assumir a responsabilidade por atos praticados por outros profissionais.

§ 2º É vedado ao médico ou ao diretor técnico médico deixar de notificar ao Conselho Regional de Medicina sempre que tiver ciência de eventos adversos em pacientes decorrentes de atos praticados por profissionais não médicos.

§ 3º É vedada ao médico a emissão de declaração de óbito nas situações suspeitas do exercício ilegal da medicina, sendo obrigatória a comunicação a autoridade policial para que seja realizada a competente necropsia.

§ 4º É vedada ao médico a realização de ato anestésico para outros profissionais em procedimentos privativos de médicos.

§ 5º É vedado ao médico acatar laudos de exames diagnósticos firmados por quem não é graduado em medicina, exceto quando existir previsão legal.

## **CAPÍTULO VII DA LIBERDADE DE EXERCÍCIO**

Art. 7º Os médicos gozam de plena liberdade para exercer os atos inerentes a sua profissão, conforme previsto na legislação e nos preceitos da deontologia médica. Nesse contexto, têm o direito de solicitar que lhe sejam providos os meios materiais adequados para a realização dos procedimentos para a indispensável execução segura e eficaz de sua atividade.

§ 1º Sempre que os meios materiais ou condições adequadas ao exercício da medicina forem insuficientes ou inadequados, o médico poderá recorrer ao Conselho Regional de Medicina para fiscalizar e adotar as medidas corretivas assegurando a qualidade e segurança dos serviços prestados;

§ 2º A liberdade de atuação profissional deve ser exercida em consonância com os princípios éticos, científicos e legais, preservando a autonomia e o sigilo médico, sem prejuízo à saúde e ao bem-estar dos pacientes.

Art. 8º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

### **20 - RESOLUÇÃO CFM no 2.430/2025**

Dispõe sobre o ato médico pericial, a produção da prova técnica médica, estabelece critérios mínimos de segurança na construção da prova pericial, atualiza o uso de tecnologias de comunicação na avaliação médico pericial e revoga as Resoluções CFM nº 1.497, publicada no D.O.U. de 15 de julho de 1998, e CFM nº 2.325, publicada no D.O.U. de 4 de novembro de 2022.

**Art. 1º** Esta resolução sistematiza as diversas recomendações do Conselho Federal de Medicina na especialidade de medicina legal e perícia médica, ressaltando os atos próprios dos médicos nessa função, seus aspectos éticos e jurídicos, suas definições e responsabilidades e a técnica pericial empregada, bem como atualiza as situações em que a telemedicina pode ser utilizada nessa especialidade médica.

**Art. 2º** A perícia médica é, em sentido amplo, todo e qualquer ato propedêutico com formulação de diagnósticos, utilizando conhecimentos médicos, feito por médico e com a finalidade de contribuir com as autoridades administrativas, policiais ou judiciárias na formação de juízos a que estão obrigados em busca da verdade, sendo atividade privativa do médico conforme Lei nº 12.842/2013.

**Art. 3º** A realização de perícia médica e de exames médico-legais e a emissão de documentos de importância jurídica e administrativa relacionados a atos praticados na medicina são atividades privativas do médico, uma vez que as avaliações denexo causal e dano à pessoa se dão a partir de etiopatogenia, diagnóstico nosológico, profissiografia e prognóstico.

**Art. 4º** O enquadramento de doença ou deficiência associado à avaliação de capacidade ou impedimentos, diante da legislação pertinente, com o objetivo de concessão de benefícios, é atividade médica pericial.

**Art. 5º** A perícia médica é modalidade específica do ato médico, realizada com o objetivo precípuo de avaliar tecnicamente uma condição de saúde, suas consequências, ou as condutas e circunstâncias relacionadas, a fim de esclarecer fatos e subsidiar decisões nos âmbitos judicial, administrativo, previdenciário, securitário, trabalhista, ético-profissional ou outros que demandem laudo técnico-científico.

§ 1º A finalidade primordial do ato médico pericial não é terapêutica, mas avaliativa e elucidativa. O médico, na função de perito, atua com imparcialidade e isenção, analisando a condição do periciado/periciando (indivíduo examinado), bem como documentos, prontuários, exames complementares, circunstâncias

assistenciais, condutas profissionais e ambientes eventualmente relacionados ao fato periciado, tomando por base os quesitos apresentados pelas partes ou autoridade competente, quando houver, ou, na ausência destes, os pontos controvertidos fixados no processo.

§ 2º A execução do ato médico pericial exige os mesmos conhecimentos técnicos e a mesma base ética do ato médico geral, porém aplicados a um propósito distinto e requerendo postura de neutralidade por parte do profissional médico.

§ 3º Não existe relação médico-paciente clássica no ato médico pericial, sendo o perito compromissado com os princípios éticos da imparcialidade, do respeito à pessoa, da veracidade, da objetividade e da qualificação profissional.

§ 4º A anamnese clínica, o exame físico e mental, a avaliação dos exames complementares e demais documentos médicos, utilizando metodologia específica e com conseqüente elaboração de laudo pericial conclusivo, são etapas que integram o ato médico pericial.

§ 5º O ato médico pericial se concretiza na emissão de um documento técnico denominado laudo pericial, produzido pelo médico perito, que contém a descrição da avaliação médica pericial, a análise dos dados e as conclusões fundamentadas do perito sobre a matéria examinada.

§ 6º A responsabilidade do ato médico pericial é personalíssima, não podendo ser transferida a terceiros em nenhuma hipótese.

§ 7º O médico perito fará jus aos honorários decorrentes do serviço prestado.

§ 8º O sigilo médico no ato médico pericial é extensível a todos aqueles que participam e deve ser mantido.

**Art. 6º** No exercício da atividade médica pericial em qualquer âmbito, natureza ou local de realização, deve ser assegurada ao médico autonomia técnica, ética, científica e funcional, bem como a infraestrutura mínima exigível de acordo com as Resoluções CFM nº 2.056/2013 e nº 2.153/2016, ou sucedâneas.

#### **Parágrafo único.**

O médico não pode renunciar, sob nenhuma hipótese, a sua autonomia e liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

## **I – CONCEITOS E DEFINIÇÕES**

### **Art. 7º**

Para os efeitos desta resolução, aplicam-se as seguintes definições:

I – **parecer técnico**: documento expedido por médico especialista, de caráter opinativo, baseado na literatura científica, e quando na seara judicial fundamenta-se também nos autos do processo, em fatos, ou evidências, e na legislação aplicada;

II – **laudo médico pericial**: documento técnico expedido por perito oficial ou nomeado e anexado ao processo para o qual foi designado e cujo roteiro se encontra na Resolução CFM nº 2.153/2016;

III – **perito médico oficial**: médico servidor público designado para atuar em perícias de caráter público;

IV – **perito médico nomeado**: médico nomeado pelo Poder Judiciário ou de forma administrativa para atuar na função pericial;

V – **assistente técnico médico**: médico contratado pelas partes para assisti-las junto às perícias médicas a que estarão submetidas;

VI – **perícia médico-previdenciária**: perícia realizada no âmbito do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) para instruir processos de concessão, manutenção ou revisão de benefícios vinculados ao Regime Geral de Previdência Social, aos Regimes Próprios de Previdência Social ou benefícios assistenciais que dependam de verificação de peritos médicos federais de que trata a Lei nº 11.907/2009;

VII – **perícia médico-judicial**: perícia médica determinada por autoridade judicial (juiz de direito), em qualquer instância ou ramo da justiça (cível, trabalhista, federal, criminal etc.);

VIII – **perícia médico-administrativa**: perícia realizada no âmbito da administração pública (exceto INSS) ou privada, visando avaliar aptidão, condições específicas de saúde ou cumprir exigências legais/normativas fora da esfera previdenciária direta do INSS ou judicial;

IX – **perícia médico-legal e forense oficial**: perícia médica realizada por órgãos periciais oficiais do Estado (tais como Institutos Médico-Legais – IMLs, Setores Técnico-Científicos de Polícias Federais) ou por

peritos especificamente designados para este fim, com objetivo primariamente forense, destinada a instruir investigações policiais ou processos judiciais e administrativos criminais.

## **II – DO LAUDO PERICIAL**

**Art. 8º** O laudo médico pericial deve seguir um roteiro básico, devendo estar de acordo com todas as normativas do Conselho Federal de Medicina, independente se realizado de forma remota ou presencial, sendo obrigatórias a exposição da metodologia, do objeto da perícia, da análise técnica e científica realizada e da resposta aos quesitos quando apresentados.

§ 1º Cabe ao médico definir quais são as informações adicionais necessárias e suficientes para fundamentar as conclusões do laudo médico pericial.

§ 2º Os documentos médicos derivados de um ato médico pericial devem refletir a verdade apurada pelos meios técnicos disponíveis e o conhecimento médico atualizado. Todas as afirmações e conclusões devem ter correlação direta e lógica com os achados do exame clínico, do histórico, de exames complementares e da literatura médica pertinente.

§ 3º O laudo médico pericial pode descrever apenas as informações relevantes coletadas e analisadas de forma a permitir que o destinatário compreenda o raciocínio técnico e as conclusões, respeitando-se a autonomia técnica e funcional do perito.

## **V – DO MÉDICO PERITO**

**Art. 9º** São atribuições e deveres do médico perito que atua no ato médico pericial:

I – avaliar todos os documentos médicos apresentados ou juntados oportunamente em autos judiciais ou processos administrativos;

II – examinar clinicamente o periciado/periciando utilizando técnicas semiológicas direcionadas ao caso em contexto e solicitar exames complementares, se necessários;

III – solicitar qualquer documento médico ou técnico que julgue necessário para o estabelecimento da verdade sobre o objeto pericial;

IV – ao realizar vistorias em locais, deve comunicá-las previamente e estar acompanhado, se possível, do próprio periciado/periciando, permitindo que este faça esclarecimentos sobre os fatos que lá ocorreram;

V – estabelecer o nexo causal e o dano considerando o exposto no art. 2º e incisos e como determina a Lei nº 12.842/2013, ato privativo do médico.

### **Parágrafo único.**

O médico perito tem autonomia para determinar o método de sua avaliação, podendo ser avaliação pessoal, análise de documentos técnicos com ou sem a presença do periciado/periciando ou análise ambiental (in loco), devendo estar consignada no laudo pericial a fundamentação técnica de sua escolha metodológica.

**Art. 10** Em ações judiciais, o médico perito poderá peticionar ao juízo que officie o estabelecimento de saúde ou o médico assistente para anexar cópia do prontuário do periciado/periciando, em correspondência lacrada e em caráter confidencia

## **I. CAPÍTULO V**

### **DOS DIREITOS E DEVERES DO PERITO**

**Art. 11.** Aos médicos peritos nomeados, poderá ser concedido visto provisório de forma fracionada, respeitado o período total de 90 (noventa) dias em um mesmo ano e seguindo a forma de comunicação, trâmites e prazos descritos na Resolução CFM nº 2.331/2023 ou em sua sucedânea.

§ 1º Os peritos cadastrados em tribunais aos quais prestam serviço devem obrigatoriamente ter registro no Conselho Regional de Medicina da jurisdição, não sendo aplicado neste caso o visto provisório.

§ 2º O perito médico federal fica dispensado dessa obrigatoriedade por força do art. 18, § 5º, da Lei nº 3.268/1957.

§ 3º O perito médico oficial da Polícia Federal, em decorrência comprovada da necessidade funcional de deslocamento transitório de sua base, fica dispensado da obrigatoriedade de solicitar visto provisório.

**Art. 12.** O médico, ao ser nomeado perito, deve responder à nomeação, cumprir o encargo nos prazos e comunicar imediatamente impedimentos ou justa causa para recusa.

**Parágrafo único.** Na condição de peritos médicos nomeados, os médicos podem recusar o encargo se estiverem em situação de suspeição ou impedimento, por justa causa, em situações descritas em pareceres e

resoluções do Conselho Federal de Medicina, ou quando houver outro motivo escusável e justificável de ordem pessoal ou estrutural, e isso, em qualquer caso, deverá ser comunicado imediatamente à autoridade.

**Art. 13.** Para a caracterização da mora do perito médico nomeado, para fins de apuração de eventual infração ética, deverá ser comprovada a ciência de sua intimação pessoal no processo judicial para cumprimento do encargo.

§ 1º Não serão consideradas válidas para fins de responsabilização ética intimações tácitas, ou via e-mail, não respondidas ou sem a devida comprovação de recebimento e leitura pelo médico perito nomeado.

§ 2º Caso a autoridade judiciária denunciante reconsidere a denúncia apresentada contra o perito, deverá ser suspensa a sindicância ou eventual processo ético instaurado, até a resolução definitiva da questão pelo magistrado.

**Art. 14.** A filmagem ou gravação do ato médico pericial por parte do periciado/periciando não pode ser permitida sem prévia anuência das partes, e quando realizada deve sempre ser informada no laudo médico pericial produzido.

**Art. 15.** A presença de profissionais não médicos, bem como de parentes, amigos ou acompanhantes do periciado/periciando, em exames periciais médicos realizados no âmbito judicial ou administrativo, somente será admitida mediante autorização prévia e expressa, formalizada por escrito, pelo médico perito responsável.

**Art. 16.** Pessoas jurídicas que prestam serviços de perícia médica, seja presencial ou por telemedicina, que utilizam plataformas de informação e comunicação e arquivamento de dados digitais, deverão ter sede estabelecida em território brasileiro e estar inscritas no Conselho Regional de Medicina do estado onde estão sediadas, com a respectiva responsabilidade técnica de médico com especialidade registrada (RQE) em medicina legal e perícia médica regularmente inscrita no Conselho.

## **CAPÍTULO VI – DA TÉCNICA PERICIAL**

**Art. 17.** Entende-se por nexos causal a relação de causa e efeito demonstrada tecnicamente entre um evento, exposição ou condição antecedente (denominado “causa”) e um dano à saúde subsequente (denominado “efeito”), caracterizado por doença, lesão, disfunção, incapacidade ou óbito.

§ 1º A comprovação do nexos causal é condição necessária para o reconhecimento da responsabilidade legal ou para a concessão de benefícios indenizatórios ou reparatórios decorrentes do dano à saúde.

§ 2º Para o estabelecimento do nexos causal, o médico perito deve considerar:

- I – realizar anamnese pericial detalhada, incluindo a ocupacional;
- II – efetuar exame clínico criterioso;
- III – interpretar criticamente os exames complementares e os documentos médicos;
- IV – analisar as informações disponíveis sobre os locais analisados em diligências, quando aplicável;
- V – utilizar evidências científicas e epidemiológicas.

§ 3º Para o estabelecimento do nexos causal em perícia médica trabalhista, deve ser seguido o comando contido no art. 2º da Resolução CFM nº 2.323/2022, ou sucedânea.

## **CAPÍTULO VII – DA TELEMEDICINA E PERÍCIA MÉDICA**

**Art. 18.** O uso da telemedicina para realização de avaliações periciais deve ser de caráter específico, sendo permitido nas situações descritas nos parágrafos abaixo.

§ 1º No caso de morte do periciado/periciando previamente atestada e documentada.

§ 2º A perícia indireta poderá ser realizada apenas em objetos que não envolvam:

- I – a constatação do dano pessoal não previamente documentado em prontuário médico;
- II – a quantificação de dano pessoal;
- III – a avaliação atual de capacidades, incluindo a laborativa;
- IV – a análise de invalidez ou de questões de natureza médico-legal que exigem exame presencial.

§ 3º Para telejuntas médicas periciais, pelo menos um dos médicos deve estar presente com o periciado/periciando, e é quem deve realizar o exame físico e o descrever aos demais participantes.

§ 4º Teleinterconsultas especializadas periciais poderão ser realizadas para fins elucidativos específicos, com o médico solicitante responsável por passar todas as informações clínicas e pelos exames complementares; e, quando o periciado/periciando estiver presente, ele deve realizar o exame físico.

§ 5º Em avaliação de documentos médicos complementares ao exame pericial.

§ 6º Teleacompanhamento pericial (assistente técnico pericial médico) poderá ser realizado para fins estabelecidos pelos dispositivos legais vigentes.

§ 7º A Prova Técnica Simplificada (PTS), quando for de inquirição simples de menor complexidade e sem manifestação sobre fato referente à avaliação de dano pessoal (físico ou mental), capacidades (incluindo laborativa), nexos causal ou definição de diagnóstico ou prognóstico.

**Art. 19.** Perícias médicas previdenciárias e assistenciais no âmbito do INSS poderão ser realizadas com o uso de tecnologia de telemedicina ou por análise documental, conforme situações e requisitos definidos em regulamento próprio, nos termos da Lei 14.724/2023.

**Art. 20.** A assistência técnica de forma remota, utilizando telemedicina, pode ser realizada desde que o médico perito esteja de forma presencial e que seja autorizado pelo periciado/periciando.

**Art. 21.** Perícias médicas realizadas por telemedicina, independentemente de sua natureza, devem atender aos seguintes requisitos:

I – liberdade e autonomia do médico perito oficial ou nomeado e assistente técnico médico e do periciado/periciando/segurado de escolha dessa modalidade de atendimento;

II – mudança para a modalidade presencial a qualquer momento, mesmo após a escolha do uso da telemedicina, caso o perito assim entenda;

III – garantia de ausência de interferência de terceiros não autorizados no ato médico pericial;

IV – o perito deve ser capacitado previamente em relação à tecnologia utilizada, especificidades e regramento técnico;

V – o software e a plataforma utilizada devem ser certificados para a telemedicina;

VI – a sala de perícia deve ser de uso próprio, com ambiente parametrizado (duas câmeras ambientais e uma câmera frontal com conectividade homologada), iluminação e visibilidade adequadas e isolamento acústico de forma a garantir o sigilo do ato pericial e preservar a intimidade do periciado/periciando;

VII – a conectividade e infraestrutura computacional de internet e plataforma de comunicação devem ser adequadas;

VIII – segurança e sigilo no armazenamento das informações periciais, com registro dos dados em sistemas pessoais e corporativos informatizados.

**Art. 22.** A análise de verificação de veracidade, coerência e/ou conformação de documentos médicos por meios tecnológicos não constitui perícia médica, mas só pode ser realizada por médicos peritos oficiais ou designados pela autoridade legal que tem a capacidade técnica de interpretar esses documentos.

**Art. 23.** Os exames médico-legais de natureza criminal e as avaliações médico-periciais para avaliação de dano funcional e/ou estabelecimento de nexos causal, incluindo os realizados pelo médico do trabalho dentro de suas atribuições, devem ser realizados sempre de forma presencial.

**Art. 24.** O laudo médico pericial produzido pelo uso parcial ou total da telemedicina deve obrigatoriamente conter as seguintes informações:

I – identificação das partes e dos profissionais participantes da avaliação pericial que foi produzida de forma remota, com a devida conferência do documento de identidade oficial com foto e indicação do respectivo CPF, considerando as excepcionalidades legais existentes;

II – registro da data e hora do início e do encerramento do ato pericial;

III – esclarecimento de que essa modalidade de perícia médica pode ter limitações técnicas que devem ser consideradas pelas partes envolvidas e pelos destinatários da prova;

IV – termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelo periciado/periciando.

## **CAPÍTULO VIII – DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS**

**Art. 25.** Quanto à responsabilidade médica e à área de fiscalização dos Conselhos Regionais de Medicina, deve sempre ser considerado o local onde está o periciado/periciando ou, subsidiariamente, caso seja indireta, no estado onde a demanda é avaliada/julgada.

**Art. 26.** Revogam-se as Resoluções CFM nº 1.497, publicada no D.O.U. de 15 de julho de 1998, Seção I, p. 144.

**Art. 27.** Esta resolução entra em vigor 30 (trinta) dias após sua publicação

## 21 - RESOLUÇÃO CFM Nº 2.444/2025

Estabelece garantias de segurança para os médicos no exercício de sua atividade profissional em todas as unidades de saúde em funcionamento no território nacional e normas para a fiscalização e a interdição ética.

### CAPÍTULO I DO DIREITO À SEGURANÇA NO EXERCÍCIO DA MEDICINA

**Art. 1º** Esta resolução estabelece a responsabilidade técnica e ética dos diretores técnicos quanto à segurança dos médicos nas unidades de saúde com o objetivo de garantir um ato médico seguro e a segurança do paciente atendido em unidades de saúde.

Parágrafo único. O diretor técnico da unidade de saúde no âmbito das atribuições descritas nessa resolução responderá perante o Conselho Regional de Medicina (CRM) de sua jurisdição.

**Art. 2º** É direito do médico exercer sua atividade profissional em ambiente que assegure sua integridade física e mental, incumbindo aos gestores e responsáveis técnicos a adoção das medidas necessárias.

**Art. 3º** As unidades de saúde, públicas ou privadas, devem assegurar segurança presencial e contínua, sendo vedada sua limitação à proteção patrimonial.

§ 1º Compete ao diretor técnico, no limite de sua responsabilidade, adotar providências internas e recorrer às instâncias superiores para garantir a segurança dos médicos e demais profissionais de saúde.

§ 2º As medidas adotadas deverão ser comunicadas ao CRM.

### CAPÍTULO II DA SEGURANÇA NAS UNIDADES DE SAÚDE

**Art. 4º** As unidades com atendimento médico devem dispor de:

- controle de acesso e videomonitoramento em áreas comuns, respeitada a privacidade do paciente;
- protocolo de resposta imediata a situações de violência, com acionamento das autoridades competentes;
- suporte psicológico e jurídico ao médico vítima de agressão;
- notificação obrigatória ao CRM, à autoridade policial e ao Ministério Público nos casos de risco à integridade do profissional.

**Art. 5º** A ausência de medidas de segurança deverá ser comunicada ao CRM, que notificará o gestor responsável, podendo acionar órgãos competentes em caso de inércia.

**Art. 6º** O médico vítima de agressão ou em situação de risco poderá solicitar transferência de setor, mediante requerimento formal ao diretor técnico, com ciência ao CRM.

**Art. 7º** As unidades de saúde deverão:

- notificar ao CRM os casos de violência contra médicos ocorridos em suas dependências;

- orientar os profissionais sobre providências cabíveis após a agressão;
- prestar apoio administrativo imediato, inclusive para registro policial e assistência psicológica, social e médica, conforme a necessidade.

Parágrafo único. Compete ao diretor técnico instituir fluxograma interno de resposta a esses eventos. O CRM deverá realizar fiscalização no local o mais brevemente possível.

### **CAPÍTULO III DO ACOMPANHAMENTO EM ATOS MÉDICOS**

Art. 8º É de responsabilidade do diretor técnico, mediante solicitação fundamentada, a disponibilização de profissional do mesmo gênero do(a) paciente/periciando(a), com vínculo institucional e obrigação de sigilo, para acompanhar atos médicos que envolvam contato físico direto ou potencial situação de vulnerabilidade.

§ 1º O médico poderá recusar fazer o atendimento caso a solicitação não seja atendida, mediante justificativa por escrito.

§ 2º Excetuam-se os atendimentos de urgência e emergência.

§ 3º Atos periciais, ainda que prioritários, não se enquadram como urgência ou emergência para os fins deste artigo.

### **CAPÍTULO IV DA SEGURANÇA EM ÁREAS DE RISCO**

Art. 9º Cabe ao diretor técnico, no limite de sua responsabilidade, adotar medidas estruturais que reduzam os riscos de lesões ou óbitos de profissionais da saúde lotados em unidades de saúde localizados em regiões com índices elevados de violência urbana.

§ 1º Conforme a realidade da unidade, deverão ser implantadas medidas adicionais:

- salas seguras;
- protocolos de paralisação de atividades em caso de confrontos armados nas imediações.

§ 2º Todos os eventos dessa natureza deverão ser notificados ao CRM.

§ 3º Compete ao diretor técnico elaborar fluxograma interno de resposta a tais situações.

### **CAPÍTULO V DO AMBIENTE FÍSICO E INFRAESTRUTURA**

**Art. 10.** Cabe ao diretor técnico, no limite de sua responsabilidade, adotar medidas para que as unidades de saúde disponham de:

- estacionamentos seguros e devidamente sinalizados para os médicos;
- acessos independentes para entrada de profissionais e pacientes nas áreas de atendimento;
- repouso médico com controle de acesso por biometria e intercomunicador com o exterior;
- rotas de fuga e espaços de refúgio;
- protocolos de resposta rápida, com códigos internos e botão de pânico.

### **CAPÍTULO VI DA RESPONSABILIDADE DOS CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA**

**Art. 11.** Os CRMs deverão:

- I – articular-se com secretarias de segurança pública e órgãos policiais para garantir patrulhamento preventivo no entorno de unidades de saúde;
- II – manter canal direto de comunicação entre gestores e autoridades de segurança;
- III – mapear unidades com alta incidência de violência contra médicos, para subsidiar políticas públicas e propostas legislativas nos âmbitos municipal, estadual e federal

## **CAPÍTULO VII DA FISCALIZAÇÃO E ÁREAS RESTRITAS**

Art. 12. O diretor técnico, ou, na sua ausência, um profissional da unidade, deverá acompanhar presencialmente toda e qualquer fiscalização externa nas dependências da unidade de saúde, seja ela promovida pelos CRMs, órgãos de vigilância sanitária, autoridades policiais, judiciais ou parlamentares.

§ 1º É dever do diretor técnico impedir acesso de terceiros não autorizados a áreas restritas da unidade, tais como centro cirúrgico, emergências, pronto-atendimentos, enfermarias, quartos, UTI, consultórios e áreas de repouso médico ou preparo profissional.

§ 2º A prerrogativa de que trata o parágrafo anterior visa garantir a privacidade e a segurança dos pacientes, bem como a autonomia e a integridade dos médicos, não devendo ser interpretada como obstrução à fiscalização regular da unidade.

§ 3º Em caso de acessos não autorizados, o diretor técnico tem o dever de denunciar o fato ao CRM e às autoridades policiais e deve solicitar imediatamente reforço policial para coibir a invasão.

## **CAPÍTULO VIII DA FISCALIZAÇÃO**

**Art. 13.** Os CRMs, sob a coordenação do Conselho Federal de Medicina, têm a prerrogativa legal e ética de fiscalizar todos os locais onde se exerça medicina, em todas as suas modalidades, visando garantir a segurança do médico e o cumprimento das normas éticas e legais do exercício profissional.

§ 1º A fiscalização será realizada por conselheiros e/ou médicos fiscais dos CRMs, conforme a demanda, dando-se acesso irrestrito e incondicional a todas as instalações, prontuários, documentos e informações pertinentes.

§ 2º Constatadas condições de infraestrutura, recursos humanos ou responsabilidade técnica que comprometam a segurança do médico, o CRM poderá, mediante decisão fundamentada, determinar interdição ética, total ou parcial, temporária ou definitiva, das atividades médicas na unidade de saúde.

## **CAPÍTULO IX DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 14. A interdição ética das unidades de saúde poderá ser decretada quando não forem atendidas as condições mínimas exigidas pela [Resolução CFM nº 2.056/2013](#) e demais legislações pertinentes, devendo a tramitação nos CRMs observar o disposto na [Resolução CFM nº 2.062/2013](#).

Parágrafo único. O CFM poderá revisar, em sede recursal, as interdições éticas decretadas pelos CRMs.

**Art. 15.** Esta resolução entra em vigor em 180 (cento e oitenta) dias após sua publicação.