

FICHA DE INSCRIÇÃO

Exame de Suficiência para Obtenção do Título de Área de Atuação em Endoscopia Respiratoria 2015

SÓCIO SBCT - SBPT () SIM () NÃO

SÓCIO AMB () SIM () NÃO

NOME: _____ CPF: _____

DATA DE NASC: _____ E-MAIL: _____ Telefone: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

_____ BAIRRO: _____

CIDADE: _____ UF: _____ CEP: _____

ANO DO DIPLOMA DE MÉDICO: _____ FACULDADE: _____

CIDADE: _____ UF: _____

CRM/UF: _____ (ENVIAR COMPROVANTE AUTENTICADO)

**(ASSINALAR ABAIXO O TIPO DE FORMAÇÃO E AUTENTICAR CONFORME ÍTENS EXIGIDOS NO EDITAL)
TÍTULO DE ESPECIALISTA DAS ESPECIALIDADES .**

PNEUMOLOGIA () ANO _____

CIRURGIA TORÁCICA () ANO _____

PREENCHER UM DOS 03 (TRÊS) REQUISITOS ABAIXO:

CERTIFICADO DE RESIDENCIA MÉDICA EM ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA RECONHECIDO PELA CNRM/MEC.

() SIM () NÃO

DURAÇÃO: _____ LOCAL: _____ ANO CONCLUSÃO: _____

ESTÁGIO POR MEIO DE CARTA DE APRESENTAÇÃO ASSINADA POR PROFISSIONAL COM CERTIFICADO DE ATUAÇÃO NA ÁREA DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA QUE COMPROVE:

- A) TREINAMENTO EM ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA POR PELO MENOS 12(DOZE)MESES, COM CARGA HORÁRIA MINIMA DE 2400 HORAS;
- B) REALIZAÇÃO DE PELO MENOS 200 EXAMES SUPEVISIONADOS;
- C) HABILIDADE NA INDICÇÃO, NA REALIZAÇÃO DOS EXAMS E NO ATENDIMENTO DAS COMPLICAÇÕES DECORRENTES DELES.

() SIM () NÃO

EXERCICIO PROFISSIONAL

COMPROVAR EXERCÍCIO REGULAR NA ÁREA DE ATUAÇÃO EM ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA, PELO TEMPO MÍNIMO DE (02) ANOS MEDIANTE APRESENTAÇÃO DE CÓPIA AUTENTICADA DE DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA OFICIAL DAS INSTITUIÇÕES CORRESPONDENTES, EM QUE CONSTE:

- A) PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADE CIENTÍFICAS NA ÁREA, A QUAL DEVERÁ ATINGIR NO MÍNIMO 100 (CEM) PONTOS, CONFORME O SISTEMA DE PONTUAÇÃO CONSTANTE NESTE EDITAL;
- B) CARTA DE APRESENTAÇÃO ASSINADA POR PROFISSIONAL COM CERTIFICADO DE ATUAÇÃO NA ÁREA DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA OU TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ENDOSCOPIA PERORAL, COMPROVANDO A REALIZAÇÃO DE PELO MENOS 200 EXAMES E HABILIDADE NA INDICAÇÃO, NA REALIZAÇÃO DOS EXAMES E NO ATENDIMENTO DAS COMPLICAÇÕES DECORRENTES DELES.

() SIM () NÃO

Valores

Sócios SBCT/SBPT/AMB

Quites: R\$ 480,00

Não sócios: R\$690,00

Depósito

Banco: Bradesco

Ag: 1945-3 - C/C: 030798-0

Enviar Comprovante para SBCT

Cheque nominal:

Sociedade Brasileira de

Cirurgia Torácica