



USO INTERNO

Data da Aprovação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura Presidente da CET: \_\_\_\_\_

**Não permitido preencher a mão FICHA DE INSCRIÇÃO**

**Dados Pessoais**

Nome: <input type="text"/> CRM: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/>
RG: <input type="text"/> Órgão Expedidor: <input type="text"/> Data de Nascimento: <input type="text"/> inserir uma data.
Naturalidade: <input type="text"/> Nacionalidade: <input type="text"/>
Sexo : <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino
Envio de Correspondência: <input type="radio"/> Residencial <input type="radio"/> Comercial
E-Mail: <input type="text"/> Celular: <input type="text"/>
Telefone Residencial: <input type="text"/>

**Endereço Residencial**

Rua: <input type="text"/> Número: <input type="text"/> Aptº: <input type="text"/>
Bairro: <input type="text"/> Cidade: <input type="text"/>
Estado: <input type="text"/> CEP: <input type="text"/>

**Endereço Comercial**

Rua: <input type="text"/> Número: <input type="text"/> Aptº: <input type="text"/>
Bairro: <input type="text"/> Cidade: <input type="text"/>
Estado: <input type="text"/> CEP: <input type="text"/>

Dados Acadêmicos	
Faculdade:	<input type="text"/>
Ano da Formatura:	<input type="text"/>
Residência em Cirurgia Geral:	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Tempo: <input type="text"/>
Data:	inserir uma data. Local: <input type="text"/>
Residência em Urologia:	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não
Data do Início da Residência:	inserir uma data. Data do Término Previsto: inserir uma data.
Local da Residência:	<input type="text"/>
Tempo de Exercício em Urologia:	<input type="text"/>

**Declaro eu as informações acima correspondem totalmente à verdade e que eu, como candidato, sou responsável por elas, sob as penas da Lei.**

**Assinatura do Candidato:**

### Instruções para o Candidato a Aspirante | **Indispensável o Cumprimento**

O Aspirante é o médico em treinamento nas Residências de Urologia reconhecidas pela Sociedade Brasileira de Urologia e/ou pela Comissão Nacional de Residência Médica, podendo permanecer nesta categoria por até 03 (Três) anos, enquanto durar seu treinamento.

**A Admissão do Aspirante será feita mediante:** ↓

- Proposta referendada pelo responsável da Residência da qual faz parte o candidato
- **Declaração em papel timbrado do Hospital** assinada e carimbada pelo Presidente da **COREME** do Hospital que mantém o PRM em Urologia afirmando que o candidato à Aspirante está matriculado e cursando regularmente o PRM, com a informação da data de início e término previsto pelo seu treinamento e informar o Nº do programa credenciado junto à Comissão Nacional de Residência Médica/MEC.
- Aguardar aprovação da documentação pela Comissão de Ensino e Treinamento (**C.E.T.**) da **SBU**.
- O aspirante não poderá votar nem ser votado.
- O Aspirante é **isento da taxa de admissão no ano que se associa e pagará somente 50% da anuidade paga pelo Membro Titular e Efeivo.**

O Aspirante pagará 50% da taxa de Inscrição dos demais membros Congressistas para participar dos Eventos promovidos pela Sociedade Brasileira de Urologia.

- O Aspirante não implica necessariamente no direito de fazer Prova para Título de Especialista - **TiSBU**

**Favor enviar a Ficha preenchida, acompanhada dos requisitos exigidos. Todos na extensão PDF para o e-mail abaixo:**

[sbu-inscricao@sbunet.org.br](mailto:sbu-inscricao@sbunet.org.br)



USO INTERNO

Data da Aprovação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura Presidente da CET: \_\_\_\_\_

## FICHA DE INSCRIÇÃO

CANDIDATO A ASPIRANTE

Eu, \_\_\_\_\_ chefe do Serviço de Urologia do

Hospital proponho o nome do Dr. \_\_\_\_\_

para Membro Aspirante da Sociedade Brasileira de Urologia.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO CHEFE DE SERVIÇO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO PRESIDENTE DA COREME