

## USO INTERNO

Data da Aprovação:

Código do Associado:

Presidente da CET:

Nome:

Assinatura: \_\_\_\_\_

### 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, ou enquanto durar seu treinamento.

**O Aspirante poderá permanecer nesta categoria por até 03 (Três) anos, ou enquanto durar seu treinamento.**

- O Aspirante é isento da taxa de admissão.
- O Aspirante terá **50% de desconto** no valor da anuidade paga pelo Membro Titular e Efetivo, **até o final de sua residência**.
- **Ao término de sua Residência, sua categoria será alterada automaticamente para Membro Efetivo, ou para Membro Titular** caso tenha obtido o TiSBU. Após a mudança de categoria, se houver **anuidade(s) inadimplida(s)**, as mesmas serão cobradas no valor pleno.

**A admissão do Aspirante será feita mediante a apresentação do seguinte documento, juntamente com essa ficha preenchida:**

**Declaração em papel timbrado do Hospital** assinada e carimbada pelo Presidente da COREME do Hospital que mantêm 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 N° 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.**
- **Ser admitido como Aspirante não implica necessariamente no direito de fazer Prova para Título de Especialista - TiSBU.**

- Após a aprovação dessa proposta, o candidato receberá uma comunicação da SBU com um link que deverá ser acessado para a finalização de seu processo de admissão.

**Favor enviar esta ficha preenchida para o e-mail abaixo, acompanhada dos documentos exigidos no formato PDF. E-MAIL: [cet@sbunet.org.br](mailto:cet@sbunet.org.br)**

## DADOS PESSOAIS

**NOME:**

**CRM:**

**CPF:**

**RG:**

**ÓRGÃO EXPEDIDOR:**

**DATA DE NASC.:**

**NATURALIDADE:**

**NACIONALIDADE:**

**GÊNERO:**

**BRASILEIRA**

**ENVIO DE CORRESPONDÊNCIA: MARQUE A OPÇÃO COM UM X**

**RESIDENCIAL**

**COMERCIAL**

**E-MAIL:**

**NÚMERO CELULAR:**

**TELEFONE RESIDENCIAL:**

**DDD**

**DDD**

## ENDEREÇO RESIDENCIAL

**RUA:**

**Nº:**

**APTº:**

**BAIRRO:**

**CIDADE:**

**ESTADO:**

**CEP:**

## DADOS ACADÊMICOS

FACULDADE:

ANO DE FORMATURA:

RESIDÊNCIA EM CIRURGIA GERAL: MARQUE A OPÇÃO COM UM X

SIM          TEMPO:

NÃO

DATA:                  LOCAL:

RESIDÊNCIA EM UROLOGIA: MARQUE A OPÇÃO COM UM X

SIM          DATA DO INÍCIO:                  DATA DO TÉRMINO PREVISTO:

NÃO

LOCAL DA RESIDÊNCIA:

TEMPO DE EXERCÍCIO EM UROLOGIA:

**DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA CORRESPONDEM TOTALMENTE À VERDADE E QUE EU, COMO CANDIDATO, SOU RESPONSÁVEL POR ELAS, SOB AS PENAS DA LEI.**

---

**ASSINATURA E CARIMBO DO CANDIDATO**

## 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

## ANEXAR

- **Declaração em papel timbrado do Hospital** assinada e carimbada pelo Presidente da COREME do Hospital que mantêm 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 N° do programa credenciado junto à Comissão Nacional de Residência Médica/MEC.