



FICHA DE INSCRIÇÃO OFICIAL

(não permitido preencher a mão)

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, enquanto durar seu treinamento.

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

❌❌❌ Ao término de sua Residência, sua categoria será alterada automaticamente para **Membro Titular ou Membro Efetivo**, (caso ainda não tenha feito a prova ou não passou na prova para obtenção do de título de especialista) sua categoria mudará para **Membro Efetivo**. Nessa mudança de categoria, se houver **anuidade em atraso**, a anuidade **atrasada passa a ser cobrada no valor de anuidade de sócio efetivo**, assim como a anuidade no **ano de conclusão da residência**.

❌❌❌ O Aspirante é **isento da taxa de admissão no ano que se associa e pagará somente 50%** da anuidade paga pelo Membro Titular e Efetivo, **até o final de sua residência**.

A Admissão do Aspirante será feita mediante:

- **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.**

- **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

Dados Pessoais		
Nome:	CRM:	CPF:
RG:	Órgão Expedidor:	Data de Nascimento:
<u>Naturalidade</u> :	Nacionalidade: Brasileira	
<u>Sexo</u> :		
Envio de Correspondência:	<input type="checkbox"/> Residencial	<input type="checkbox"/> Comercial
E-mail:	Número Celular: <input type="checkbox"/>	
Telefone Residencial:		

Endereço Residencial		
Rua:	Número:	<u>Aptº</u> :
Bairro:	Cidade:	
Estado:	CEP:	

Dados Acadêmicos	
Faculdade:	
Ano da Formatura:	
Residência em Cirurgia Geral: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tempo:	
Data:	Local:
Residência em Urologia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Data do Início da Residência:	Data do Término Previsto:
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