

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 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 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 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 NASC.:

NATURALIDADE:

NACIONALIDADE:

SEXO:

BRASILEIRA

ENVIO DE CORRESPONDÊNCIA: MARQUE A OPÇÃO COM UM X

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

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.