

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO DE SERVIÇO DE FELLOWSHIP

(este requerimento deve ser preenchido, digitalizado em arquivo pdf e enviado a:
secretariasbcpo@gmail.com)

Eu, (requerente): _____

CPF: _____ RG: _____ CRM: _____

E-mail: _____

telefone: _____

Curriculo Lattes (link): _____

Informo que sou membro titular da SBCPO e que li e que reúno os pré-requisitos especificados no Regimento Interno para credenciamento do meu serviço de Fellowship em Oculoplástica pela SBCPO.

Organização institucional. Indique aqui sua instituição:

Minha instituição tem programa de residência médica: () sim () não

Qualificações e responsabilidades do corpo docente.

Responsável (membro titular SBCPO): _____

Staff1: nome: _____ sócio SBCPO () sim () não

Atribuições _____

Staff 2: nome: _____ sócio SBCPO () sim () não

Atribuições _____

Staff 3: nome: _____ sócio SBCPO () sim () não

Atribuições _____

Instalações e Recursos.

- a. Ambulatório: períodos/semana: _____
- b. Centro cirúrgico: períodos/semana anestesia local: _____ anestesia geral: _____
- c. Número de leitos de enfermaria: _____
- d. Biblioteca: () sim () não
- e. Anfiteatro: () sim () não

Programa Educacional.

- f. Número de consultas em Oculoplástica/ano: _____
- g. Numero de cirurgias palpebrais/ano: _____
- h. Numero de cirurgias orbitais/ano: _____
- i. Numero de cirurgia das vias lacrimais/ano: _____
- j. Atividades em laboratório de anatomia/técnica cirúrgica/Patologia:
() sim () não
- k. Frequência de reuniões clínicas: _____
- l. Participação de congressos nacionais/ano: _____ (corpo docente)
- m. Participação de congressos internacionais/ano: _____ (corpo docente)
- n. Publicações ano: _____(corpo docente)

Afirmo que as informações acima são verdadeiras.

_____ (assinatura)

_____ (Cidade e data)