

FICHA DE INSCRIÇÃO

Exame de Suficiência para Obtenção do Título de Especialista em Pneumologia

SÓCIO SBPT ()SIM ()NÃO SÓCIO AMB ()SIM ()NÃO

NOME: _____ CPF: _____

CRM/UF: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

E-MAIL: _____ ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

UF: _____ CEP: _____

ANO DO DIPLOMA DE MÉDICO: _____ FACULDADE: _____

CIDADE: _____ UF: _____

(ASSINALAR ABAIXO O TIPO DE FORMAÇÃO E AUTENTICAR CONFORME ÍTENS EXIGIDOS NO EDITAL)

CERTIFICADO DE CLINICA MÉDICA

()SIM ()NÃO

DURAÇÃO: _____ LOCAL: _____

ANO CONCLUSÃO: _____

CERTIFICADO DE RESIDENCIA MÉDICA EM PNEUMOLOGIA RECONECIDO PELA CNRM/MEC

()SIM ()NÃO

DURAÇÃO: _____ LOCAL: _____

ANO CONCLUSÃO: _____

CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE TREINAMENTO NA ESPECIALIDADE (CURSOS/ESTAGIOS)

EM PROGRAMA RECONHECIDO E REGISTRADO PELA SBPT

()SIM ()NÃO

DURAÇÃO: _____ LOCAL: _____

ANO CONCLUSÃO: _____

TÍTULO DE MESTRADO:

()SIM ()NÃO

DURAÇÃO: _____ LOCAL: _____

ANO CONCLUSÃO: _____

TÍTULO DE DOUTORADO:

()SIM ()NÃO

DURAÇÃO: _____ LOCAL: _____

ANO CONCLUSÃO: _____

TÍTULO DE LIVRE-DOCENCIA:

()SIM ()NÃO

DURAÇÃO: _____ LOCAL: _____

ANO CONCLUSÃO: _____

LOCAIS E FORMAS DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL NOS ÚLTIMOS 8 ANOS

(Comprovação de Treinamento/Capacitação em Pneumologia por meio de atividades profissionais realizadas por um período de tempo equivalente a 2 vezes o recomendado pela CNRM (8 Anos), e participação em atividades científicas na área as quais deverão atingir no mínimo 100 pontos (nos ultimos 5 anos), conforme modelo no Edital).

()SIM ()NÃO



Depósito

Banco: Bradesco
Ag: 0241-0
C/C: 99005-1

Cheque nominal:

Sociedade Brasileira de
Pneumologia e Tisiologia

Valores

Sócios SBPT ou AMB
Quites: R\$ 500,00
Não sócios: R\$710,00

Enviar esta Ficha, juntamente com a documentação solicitada no Edital e cópia do depósito ou cheque:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA SEPS 714/914 - BLOCO E - SALAS 220/223 - ASA SUL CEP: 70.390-145 BRASÍLIA/DF