

**PROCESSO**  
**para**  
**CRENCIAMENTO**  
**de**  
**SERVIÇOS ou PROGRAMAS**  
**de**  
**ANGIOLOGIA**  
**e**  
**CIRURGIA VASCULAR**  
**na S B A C V**

**PROCESSO de CREDENCIAMENTO de SERVIÇOS de  
ANGIOLOGIA e/ou de CIRURGIA VASCULAR  
e/ou  
PROGRAMAS de ENSINO – FORMAÇÃO – TREINAMENTO  
ATUALIZAÇÃO**

---

---

*Procedimento - Dados e informações - a serem preenchidas pelo solicitante*

---

---

**ETAPA I - O processo do solicitante, com o requerimento dirigido ao Presidente da SBACV, deverá ser encaminhado ao Presidente da Regional da SBACV do Estado da localização do Serviço Programa a ser credenciado.**

**ETAPA II- O Presidente da Regional tomando conhecimento e registrando, encaminhará para a Secretaria Geral da SBACV, para a análise administrativa.**

**ETAPA III- O Secretário Geral, procederá à análise administrativa, verificando a qualificação do Serviço e do Chefe ou Coordenador perante a SBACV, e das demais informações que compõem o processo de solicitação, verificando se estão em total conformidade com o exigido pela SBACV. Caso não haja total acordo, será devolvido ao solicitante para serem cumpridas as exigências. Se o processo estiver adequado ao exigido, o Secretário Geral encaminhará ao Presidente da SBACV, para prosseguimento do Processo e a designação da COMISSÃO de AVALIAÇÃO TÉCNICA, que deverá ser composta, sempre, por (2) dois membros do Conselho Científico e por (1) membro da Diretoria Nacional, a fim de que visitem o Serviço a ser credenciado pela SBACV.**

**ETAPA IV- O Secretário Geral encaminhará o Processo de Credenciamento para a Comissão de Avaliação que após a “avaliação estrutural e técnica de funcionamento”, emitirá o PARECER DEFINITIVO de APROVAÇÃO ou NÃO do CREDENCIAMENTO, ou então, formulará exigências a serem cumpridas pelo solicitante.**

**ETAPA V- A COMISSÃO de AVALIAÇÃO TÉCNICA encaminhará o Processo, instruído com o PARECER, para a Secretaria Geral, a fim de serem providenciadas as instruções, em reunião administrativa parcial da Diretoria, obrigatoriamente constando em ATA da REUNIÃO.**

**ETAPA VI- A Secretaria Geral procederá a emissão do CERTIFICADO de CREDENCIAMENTO do SERVIÇO ou PROGRAMA, assinado pelo Presidente e Secretário Geral da SBACV, que será entregue ou enviado ao solicitante, diretamente pela SBACV ou através da REGIONAL da SBACV da localização do Serviço ou Programa.**

**OBSERVAÇÃO:** As despesas de custeio de transporte, hospedagem, alimentação, etc., para os componentes da Comissão Técnica de Avaliação, composta no máximo por 3 membros, será assumida pelo requerente e solicitante do CREDENCIAMENTO do SERVIÇO ou PROGRAMA.

**DADOS E INFORMAÇÕES A SEREM PREENCHIDOS PELO SOLICITANTE**

**01 - REQUERIMENTOS:**

- ***Ao Presidente da Regional de localização do Serviço ou Programa***

***Exmo. Sr.***

***Dr.***

***Presidente da SBACV-Regional do Estado d \_\_\_\_\_***

***Sr. Presidente***

***Com a finalidade de dar conhecimento à Diretoria da Regional - \_\_\_\_\_ solicitamos que encaminhe para o Presidente da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, o anexado PROCESSO de solicitação de CREDENCIAMENTO pela SBACV, do Serviço e / ou Programa, a fim de ser submetido às etapas regulamentares.***

***Cidade, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_***

\_\_\_\_\_  
***Assinatura do Solicitante***

***Nome:***

***CRM: \_\_\_\_\_ Sócio \_\_\_\_\_ da SBACV***

***Cargo no Serviço ou Programa: \_\_\_\_\_***

- **Ao Presidente da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular**

*Exmo. Sr.*

*Dr.*

*Presidente da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular*

*Sr. Presidente*

**Solicitamos que submeta à apreciação da DIRETORIA NACIONAL da SBACV, o pedido de CREDENCIAMENTO do SERVIÇO e/ou PROGRAMA, pela SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR.**

**Cidade, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Solicitante**

**Nome:**

**CRM: \_\_\_\_\_ Sócio \_\_\_\_\_ da SBACV**

**Cargo no Serviço ou Programa: \_\_\_\_\_**

**Denominação do Serviço ou Programa: \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
**Endereço completo: \_\_\_\_\_**

**CEP \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ - Estado - \_\_\_\_\_**

**Comunicações:**

**Telefones ( ) \_\_\_\_\_ FAX ( ) \_\_\_\_\_**

**Celular: ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_**

## 2. DADOS E INFORMAÇÕES

- **Dados cadastrais**

**Denominação do Serviço** \_\_\_\_\_

**Programas de Ensino Exercidos:**

**Estágio**

**Pós-graduação - Senso Estrito          Senso Lato**

**Cursos:**

**Formação  
Treinamento  
Atualização**

**Em convênio com:    Universidade          Associações**

**ENDEREÇO COMPLETO:**

**LOGRADOURO** \_\_\_\_\_

**CEP** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Cidade** \_\_\_\_\_ - **Estado** - \_\_\_\_\_

**Telefones ( )** \_\_\_\_\_ **FAX ( )** \_\_\_\_\_

**Celular: ( )** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO ELETRÔNICO (Home Page/site):** \_\_\_\_\_

**Min.Fazenda/Rec.Federal: C N P J:** \_\_\_\_\_

**Nome do Responsável pelo Serviço ou Programa:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **CRM** \_\_\_\_\_

**Sócio** \_\_\_\_\_ **da SBACV - CPF:** \_\_\_\_\_

**Telefones: Resid. ( )** \_\_\_\_\_ **Cons. ( )** \_\_\_\_\_

**Celular: ( )** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO: o termo RESIDÊNCIA só poderá ser utilizado com relação aos Serviços CREDENCIADOS pelo MEC/CNRM – COMISSÃO NACIONAL de RESIDÊNCIA MÉDICA

• **DADOS SOBRE A ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO do SERVIÇO ou PROGRAMA**

1. **Pré-requisito para admissão no Serviço ou Programa de**

**ESTAGIÁRIO**  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. **Período de permanência no Serviço ou Programa:**

**ESTAGIÁRIO**  \_\_\_\_ ano/mês

3. **Número total de leitos no Serviço:** \_\_\_\_\_

4. **Número Estagiários** \_\_\_\_\_

5. **Relação de leitos para cada:**

**Estagiário** \_\_\_\_\_ **Preceptor** \_\_\_\_\_

6. **Número e Relação de Preceptores no Serviço ou Programa Total** \_\_\_\_\_ **por Estagiário** \_\_\_\_\_

7. **Carga horária semanal (horas semanais) do:**

**Estagiário** \_\_\_\_\_

8. **Carga horária semanal de plantão do:**

**Estagiário** \_\_\_\_\_

9. **Número de atendimentos semanais no Ambulatório**

**Estagiário** \_\_\_\_\_

10. **Número de cirurgias/ano, com a participação direta de cada**

**Estagiário** : arteriais \_\_\_\_\_ ; venosas \_\_\_\_\_ ; outras \_\_\_\_\_

**Observações:** \_\_\_\_\_

• **DADOS dos PROGRAMAS de ENSINO**

no 1º ANO :     **ESTAGIÁRIO**

**RODÍZIO:** semanal  quinzenal  mensal

| Setores Básicos do Serviço                                  | Especificar as atividades | Carga horária total   |
|---|---------------------------|---|
| Unidades de Internação<br>____ semanas / ano                |                           | E <sup>1</sup> A- ____ horas<br>E <sup>1</sup> B- ____ horas<br>E <sup>1</sup> C- ____ horas<br>E D- ____ horas   |
| Ambulatório Especializado<br>____ semanas / ano             |                           | E <sup>1</sup> A- ____ horas<br>E <sup>1</sup> B - ____ horas<br>E <sup>1</sup> C - ____ horas<br>E D- ____ horas |
| Centro Cirúrgico<br>____ semanas / ano                      |                           | E <sup>1</sup> A- ____ horas<br>E <sup>1</sup> B- ____ horas<br>E <sup>1</sup> C- ____ horas<br>E D- ____ horas   |
| Atendimento a Urgências e Emergências<br>____ semanas / ano |                           | E <sup>1</sup> A- ____ horas<br>E <sup>1</sup> B- ____ horas<br>E <sup>1</sup> C- ____ horas<br>E D- ____ horas   |

**OBSERVAÇÕES:** as cargas horárias de cada estagiário devem ser compatíveis com o total da carga horária do Programa ou Curso

**A = B = C = D** - número do Estagiário

**E(1)** - 0 número qualifica o ano do Estagiário

no 1º ANO: *ESTAGIÁRIO*  (continuação)

**PROGRAMA de ATIVIDADES em outros SETORES  
do SERVIÇO ou da INSTITUIÇÃO**

| <b>Atividades em outros setores do Serviço ou da Instituição – Obrigatórios ou optativos</b> | <b>Especificar as atividades</b> | <b>Carga horária Total</b> |
|--|----------------------------------|----------------------------|
|  |                                  |                            |
|  |                                  |                            |
|  |                                  |                            |
|  |                                  |                            |
|  |                                  |                            |
|  |                                  |                            |

| <b>Atividades DIDÁTICAS ou de ESTÁGIOS COMPLEMENTARES no Serviço ou Instituição – Obrigatórios ou optativos</b> | <b>Especificar as atividades</b> | <b>Carga horária Total</b> |
|---|----------------------------------|----------------------------|
| <b>OBRIGATÓRIOS :</b>   |                                  |                            |
| <b>OPTATIVOS :</b>  |                                  |                            |

**OBSERVAÇÕES:**

no 2º ANO: ESTAGIÁRIO

RODÍZIO: semanal  quinzenal  mensal

| Setores Básicos do Serviço                                  | Especificar as atividades | Carga horária total  |
|---|---------------------------|--|
| Unidades de Internação<br>____ semanas / ano                |                           | E <sup>2</sup> A- ____ horas<br>E <sup>2</sup> B- ____ horas<br>E <sup>2</sup> C - ____ horas<br>E |
| Ambulatório Especializado<br>____ semanas / ano             |                           | E <sup>2</sup> A- ____ horas<br>E <sup>2</sup> B- ____ horas<br>E <sup>2</sup> C - ____ horas<br>E |
| Centro Cirúrgico<br>____ semanas / ano                      |                           | E <sup>2</sup> A- ____ horas<br>E <sup>2</sup> B- ____ horas<br>E <sup>2</sup> C - ____ horas<br>E |
| Atendimento a Urgências e Emergências<br>____ semanas / ano |                           | E <sup>2</sup> A- ____ horas<br>E <sup>2</sup> B- ____ horas<br>E <sup>2</sup> C - ____ horas<br>E |

**OBSERVAÇÕES:** as cargas horárias de cada estagiário devem ser compatíveis com o total da carga horária do Programa ou Curso

A = B = C = D - número do Estagiário

E<sup>(1)</sup> - 0 número qualifica o ano do Estagiário

no 2º ANO: **ESTAGIÁRIO**  (continuação)

**PROGRAMA de ATIVIDADES em outros SETORES  
do SERVIÇO ou da INSTITUIÇÃO**

| Atividades em outros setores do Serviço ou da Instituição – Obrigatórios ou optativos | Especificar as atividades | Carga horária Total |
|---|---------------------------|---------------------|
|   |                           |                     |
|   |                           |                     |
|   |                           |                     |
|   |                           |                     |
|   |                           |                     |
|   |                           |                     |

| Atividades DIDÁTICAS ou de ESTÁGIOS COMPLEMENTARES no Serviço ou Instituição – Obrigatórios ou optativos | Especificar as atividades | Carga horária Total |
|--|---------------------------|---------------------|
| <b>OBRIGATÓRIOS :</b>  |                           |                     |
| <b>OPTATIVOS :</b>   |                           |                     |

**OBSERVAÇÕES:**

no 3º ANO (SE HOUVER): *ESTAGIÁRIO*

RODÍZIO: semanal  quinzenal  mensal

| Setores Básicos do Serviço                                  | Especificar as atividades | Carga horária total  |
|---|---------------------------|--|
| Unidades de Internação<br>____ semanas / ano                |                           | E <sup>3</sup> A- ____ horas<br>E <sup>3</sup> B- ____ horas<br>E <sup>3</sup> C - ____ horas<br>E |
| Ambulatório Especializado<br>____ semanas / ano             |                           | E <sup>3</sup> A- ____ horas<br>E <sup>3</sup> B- ____ horas<br>E <sup>3</sup> C - ____ horas<br>E |
| Centro Cirúrgico<br>____ semanas / ano                      |                           | E <sup>3</sup> A- ____ horas<br>E <sup>3</sup> B- ____ horas<br>E <sup>3</sup> C - ____ horas<br>E |
| Atendimento a Urgências e Emergências<br>____ semanas / ano |                           | E <sup>3</sup> A- ____ horas<br>E <sup>3</sup> B- ____ horas<br>E <sup>3</sup> C - ____ horas<br>E |

**OBSERVAÇÕES:**

no 3º ANO (SE HOUVER): *ESTAGIÁRIO*

**PROGRAMA de ATIVIDADES em outros SETORES  
do SERVIÇO ou da INSTITUIÇÃO**

|                      |  |  |
|----------------------|--|--|
| Atividades em outros |  |  |
|----------------------|--|--|

| setores do Serviço ou da Instituição – Obrigatórios ou optativos | Especificar as atividades | Carga horária Total |
|--|---------------------------|---------------------|
|  |                           |                     |
|  |                           |                     |
|  |                           |                     |
|  |                           |                     |
|  |                           |                     |
|  |                           |                     |

| Atividades DIDÁTICAS ou de ESTÁGIOS COMPLEMENTARES no Serviço ou Instituição – Obrigatórios ou optativos | Especificar as atividades | Carga horária Total |
|--|---------------------------|---------------------|
| <b>OBRIGATÓRIOS :</b>  |                           |                     |
| <b>OPTATIVOS :</b>   |                           |                     |

**OBSERVAÇÕES:**

- **RECURSOS HUMANOS**

**PARTICIPANTES do SERVIÇO ou do PROGRAMA de**

***ESTAGIÁRIOS***



**NOME** \_\_\_\_\_

**CRM** \_\_\_\_\_ - **Estado** \_\_\_\_\_ **CPF** \_\_\_\_\_ **Nac.** \_\_\_\_\_

**Natural de** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_ **CEP** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Cidade** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Tel.: Resid.( )** \_\_\_\_\_ **e**

**Cons. ( )** \_\_\_\_\_ **Celular ( )** \_\_\_\_\_

**End. eletrônico (site)** \_\_\_\_\_ **Correio: E-mail** \_\_\_\_\_

**Sócio \*** \_\_\_\_\_ **da SBACV**  **do CBC**  **do CBR**

**Função que exerce no Serviço:** \_\_\_\_\_

**GRADUAÇÃO e POS-GRADUAÇÃO em MEDICINA – TITULAÇÕES**

| <b>TÍTULO OBTIDO</b>                                | <b>INSTITUIÇÃO</b> | <b>DURAÇÃO</b> | <b>ANO</b> |
|---|--------------------|----------------|------------|
| <i>médico</i>                                       |                    |                |            |
| <i>Clínica médica</i>                               |                    |                |            |
| <i>Cirurgia Geral</i>                               |                    |                |            |
| <i>Angiologia</i>                                   |                    |                |            |
| <i>Cirurgia Vasculuar</i>                           |                    |                |            |
| <i>Sócio da SBACV</i>                               |                    |                |            |
| <i>Título de Especialista<br/>SBACV / AMB / CFM</i> |                    |                |            |

**APROVAÇÃO em CONCURSOS PÚBLICOS**  
(assistenciais ou de ensino universitário ou privado)

- 
- 
-

- 

**PRINCIPAIS FUNÇÕES de MAGISTÉRIO SUPERIOR  
(Docentes ou Não-Docentes)**

- 
- 
- 
- 

**PRODUÇÃO TÉCNICO – CIENTÍFICA**

*Citar e Especificar os cinco principais trabalhos publicados  
(Teses – Artigos – Livros de Texto – Capítulos de Livros – Outros)*

- 
- 
- 
- 
- 

*Citar e Especificar as três principais apresentações de Temas em:  
Reuniões Científicas – Congressos – Temas Livres*

- 
- 
- 

**OBSERVAÇÕES:** Cite as participações em Eventos Científicos (Congressos – Jornadas – Encontros , etc.) nos últimos 5 (cinco) anos, como participante, conferencista, palestrante, ou usar curriculum na plataforma Lattes.

- **DESCRIÇÃO da ESTRUTURA do SERVIÇO e PROGRAMA**

*(descrever a estrutura dos setores funcionais, facilidades de execução das atividades, além de citar e descrever os equipamentos necessários ao atendimento permanente dessas atividades do SERVIÇO e PROGRAMA)*

**Enfermarias – Apartamentos – Ambulatórios – Centro Cirúrgico –**

**Serviços Complementares de Diagnóstico e Tratamento**  
**(Laboratório de : Patologia – Radiologia – Hemodinâmica – Hemoterapia –**  
**- Ultra-sonografia: Eco-Doppler – Pletismografia – Fisioterapia)**  
**Unidades Intermediárias de Tratamento Intensivo**  
**(Coronarianas – Recuperação Pós–Anestésica e Clínico-Cirúrgica)**

- **DESCRIÇÃO do ARQUIVO MÉDICO do SERVIÇO e PROGRAMA**

(descrever o Setor de *ARQUIVO MÉDICO* e *ESTATÍSTICA* do Serviço)

- **DESCRIÇÃO do ACERVO BIBLIOGRÁFICO do SERVIÇO e PROGRAMA**

(descrever resumidamente o acervo de Livros Texto, Revistas e outros periódicos além de outras obras de interesse didático para as atividades do Serviço e Programas. **Citar os principais**).

No caso do Serviço ou Programa ter acesso a BIBLIOTECA MÉDICA de grande porte, **citar as características e ligações nacionais e internacionais da mesma (INTERNET-BIREME, outras), não sendo obrigatório, mas apenas opcional, fornecer a lista dos LIVROS – PERIÓDICOS e outras publicações**

**PARECER FINAL da COMISSÃO de AVALIAÇÃO  
TÉCNICA para o CREDENCIAMENTO DO  
SERVIÇO ou PROGRAMA**

1 . APROVADO. CREDENCIAR por 5 anos .....

2 . AUTORIZADO a FUNCIONAR por 1 ano, a fim de que  
sejam cumpridas as seguintes exigências, em no máximo  
de 5 ( cinco ) .....

3. NÃO APROVADO NÃO CREDENCIAR.

- quando obtiver mais de 5 (cinco) exigências

**OBSERVAÇÃO:** Nos casos de não haver aceitação para o Credenciamento, a COMISSÃO de AVALIAÇÃO TÉCNICA, deverá relacionar as 5 (cinco) exigências para o Serviço enquadrado no item 2, e as exigências totais para os Serviços enquadrados no item 3.

A SECRETARIA GERAL informará aos dirigentes do Serviço pleiteante o RESULTADO da Avaliação Técnica, e da relação das exigências a serem cumpridas, para haver nova avaliação para julgar o CREDENCIAMENTO do SERVIÇO

**ASSINATURA dos MEMBROS da COMISSÃO:**

\_\_\_\_\_  
Nome :

\_\_\_\_\_  
Nome :

\_\_\_\_\_  
Nome :

Data : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

SOCIEDADE BRASILEIRA de ANGIOLOGIA e CIRURGIA VASCULAR  
DIRETORIA NACIONAL

**RELATÓRIO DE VISITA e AVALIAÇÃO  
DE SERVIÇO ou PROGRAMA  
para CREDENCIAMENTO pela SBACV**

Denominação do Serviço ou Programa:

**RESPONSÁVEL:** \_\_\_\_\_

**TÍTULO de ESPECIALISTA:** SBACV/A M B -

**Outro:** CNRM (Registro no C F M) -

**PRECEPTORES:**

1. \_\_\_\_\_ Sócio SBACV

**TÍTULO de ESPECIALISTA:** SBACV  A M B  OUTRO \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Sócio SBACV

**TÍTULO de ESPECIALISTA:** SBACV  A M B  OUTRO \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Sócio SBACV

**TÍTULO de ESPECIALISTA:** SBACV  A M B  OUTRO \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ Sócio SBACV

**TÍTULO de ESPECIALISTA:** SBACV  A M B  OUTRO \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_ Sócio SBACV

**TÍTULO de ESPECIALISTA:** SBACV  A M B  OUTRO \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_ Sócio SBACV

**TÍTULO de ESPECIALISTA:** SBACV  A M B  OUTRO \_\_\_\_\_

## VISITA da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO TÉCNICA

Data: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

### RESULTADO da VISITA de AVALIAÇÃO TÉCNICA

- Carga horária semanal: \_\_\_\_\_ horas
- Carga horária anual: \_\_\_\_\_ horas
- N° de Estagiários: E<sup>1</sup> \_\_\_\_ - E<sup>2</sup> \_\_\_\_ - E<sup>3</sup> \_\_\_\_  
Total \_\_\_\_\_
- N° Total de Leitos: \_\_\_\_ Proporção \_\_\_\_\_
- N° Total de Preceptores: \_\_\_\_ Proporção \_\_\_\_\_
- N° Total de MÉDIAS e GRANDES CIRURGIAS: \_\_\_\_\_  
Arteriais \_\_\_\_ - Venosas \_\_\_\_ - outras \_\_\_\_

• N° Total de PEQUENAS CIRURGIAS e de AMBULATÓRIO  
Acessos vasculares \_\_\_\_ Mini varizes \_\_\_\_ Outras \_\_\_\_

• UNIDADES DE INTERNAÇÃO -  
CARGA HORÁRIA: \_\_\_\_\_ %

• UNIDADES DE AMBULATÓRIO - N° \_\_\_\_  
CARGA HORÁRIA: \_\_\_\_\_ %

CITAR os TIPOS de Ambulatório (se houver)

\_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_

- UNIDADES de CENTRO CIRÚRGICO :

N° DE SALAS de OPERAÇÕES DISPONÍVEIS:

por período \_\_\_\_ por semana \_\_\_\_

CARGA HORÁRIA: \_\_\_\_\_ %

CIRURGIA CONVENCIONAL: - SIM  NÃO

CIRURGIA ENDOVASCULAR : - SIM  NÃO

• UNIDADES de ATENDIMENTO de URGÊNCIA  
ou EMERGÊNCIA

SIM  - não  Carga horária \_\_\_\_\_ %

• ESTÁGIOS EM OUTROS SETORES

SIM  - não  Carga horária \_\_\_\_\_ %

QUAIS ? \_\_\_\_\_

• ATIVIDADES DIDÁTICAS -

CARGA HORÁRIA: \_\_\_\_\_ %

CLUBE de REVISTA ..... SIM  - não

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA ....SIM  - não

CURSOS PARALELOS .....SIM  - não

PALESTRAS E AULAS .....SIM  - não

SEMINÁRIOS E JORNADAS ... SIM  - não

SESSÕES CLÍNICAS . ..... SIM  - não

• UTILIZAÇÃO DE:

CARGA HORÁRIA: \_\_\_\_\_ %

BIBLIOTECA ..... SIM  - não

ARQUIVOS MÉDICOS ..... SIM  - não

LABORATÓRIO NÃO INVASIVO..SIM  - não

RADIOLOGIA VASCULAR ..... SIM  - não

HEMODINÂMICA ..... SIM  - não

REABILITAÇÃO ..... SIM  - não

INFORMÁTICA ..... SIM  - não

OBSERVAÇÕES :

Acrescentar: programa teórico de ensino; escala de atividades dos estagiários.  
Requisitos básicos (em anexo à comissão)