CONDIÇÕES PARA INGRESSAR NAACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA

**MEMBRO TITULAR**

É necessário preencher uma das seguintes condições:

**Ser médico neurologista e:**

1. Possuir Título de Especialista em Neurologia fornecido pela ABN-AMB; ou
2. Possuir Título na área de atuação em Neurologia Pediátrica fornecido pela ABN, AMB e Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP.

**MEMBRO EFETIVO**

É necessário preencher uma das seguintes condições:

**Ser médico neurologista e:**

1. Ter concluído Residência Médica em Neurologia Clínica em Programa aprovado nos termos do Decreto da Presidência da República nº 8.516/15 e Comissão Mista de Especialidade CFM - AMB - CNRM; ou
2. Ter completado programa de Residência Médica na área de Atuação em Neurologia Pediátrica em programa aprovado nos termos do Decreto da Presidência da República nº 8.516/15 e Comissão Mista de Especialidade CFM - AMB - CNRM; ou

**MEMBRO ASPIRANTE**

Será Membro Aspirante o médico que tiver a sua Proposta de Admissão aprovada pela Diretoria e obedecer aos requisitos impostos no Estatuto, conforme seguem abaixo:

Preencher no mínimo 01 (um) dos seguintes requisitos:

1. Estar cursando Residência Médica em Neurologia Clínica em Programa aprovado nos termos do Decreto da Presidência da República nº 8.516/15 e Comissão Mista de Especialidade CFM - AMB - CNRM; ou
2. Estar cursando programa de Residência Médica na área de Atuação em Neurologia Pediátrica em programa aprovado nos termos do Decreto da Presidência da República nº 8.516/15 e Comissão Mista de Especialidade CFM - AMB - CNRM; ou

**MEMBRO EFETIVO ASSOCIADO**

É necessário preencher uma das seguintes condições:

**Ser médico e:**

1. Ter completado Residência Médica em área de atuação, reconhecida nos termos do Decreto da Presidência da República nº 8.516/15 e Comissão Mista de Especialidade CFM - AMB - CNRM, cujo pré-requisito inclua certificação em Neurologia Clínica, que incluem Medicina do Sono, Neurofisiologia Clínica, Dor, Terapia Intensiva e demais áreas de atuação supervenientemente aprovadas pela AMB; ou
2. Ter completado estágio de Neurologia Clínica ou Neurologia Pediátrica com carga horária equivalente à Residência Médica, reconhecido pela ABN; ou
3. Ter completado Residência Médica em Neurocirurgia nos termos do Decreto da Presidência da República nº 8.516/15 e Comissão Mista de Especialidade CFM - AMB - CNRM; ou
4. Possuir grau de Mestre ou Doutor em Neurologia obtido ou reconhecido por faculdade de Medicina do país; ou
5. Possuir título de professor de Neurologia, de livre docente em Neurologia obtido por concurso público por provas e títulos em faculdade de Medicina do país; ou
6. Ter completado 100 (cem) créditos na área de neurologia, de acordo com regulamentação específica prevista no Regimento Geral;

**MEMBRO ASPIRANTE ASSOCIADO**

É necessário preencher uma das seguintes condições:

**Ser médico e:**

1. Estar cursando Residência Médica em área de atuação, reconhecida nos termos do Decreto da Presidência da República nº 8.516/15 e Comissão Mista de Especialidade CFM - AMB - CNRM, cujo pré-requisito inclua certificação em Neurologia Clínica, incluindo Medicina do Sono, Neurofisiologia Clínica, Dor, Terapia Intensiva e demais áreas de atuação supervenientemente aprovadas pela AMB ou;
2. Estar cursando estágio em Neurologia Clínica com carga horária equivalente à Residência Médica, em programa reconhecido pela ABN; ou
3. Estar cursando estágio em Neurologia Pediátrica com carga horária equivalente à Residência Médica em programa reconhecido pela ABN; ou
4. Estar cursando Residência Médica em Neurocirurgia em programa aprovado nos termos do Decreto da Presidência da República nº 8.516/15 e Comissão Mista de Especialidade CFM - AMB - CNRM; ou

**MEMBRO AFILIADO**

Será Membro Afiliado o médico não neurologista que, satisfazendo as condições previstas neste Estatuto e no Regimento Geral, tiver a sua Proposta de Admissão aprovada pela Diretoria, além de:

1. For membro, em pleno direito e gozo de suas atribuições da Associação Médica Brasileira - AMB, por meio de suas Federadas;
2. Estar registrado em um dos Conselhos Regionais de Medicina do País;
3. Apresentar carta de recomendação de 02 (dois) Membro Titulares e Titulares Eméritos, atestando as qualidades morais e éticas do candidato;
4. Submeter Proposta de Admissão com currículo e comprovante dos requisitos acima (a) e (b), assinada por 02 (dois) Membros Titulares e Titulares Eméritos, à Secretaria-Tesouraria Geral.

**MEMBRO ASSOCIADO**

Será Membro Associado o profissional de nível superior que, satisfazendo as condições previstas neste Estatuto e no Regimento Geral, tiver a sua Proposta de Admissão aprovada pela Diretoria, além de:

1. Exercer atividade afim à Neurologia (não é necessário ser médico);
2. Apresentar carta de recomendação de 02 (dois) Membros Titulares ou Titulares Eméritos, atestando as qualidades morais e éticas do candidato;
3. Submeter Proposta de Admissão com currículo e comprovante dos requisitos acima (a) e (b), assinada por 02 (dois) Membros Titulares ou Titulares Eméritos, à Secretaria-Tesouraria Geral.

**MEMBRO CORRESPONDENTE**

Será Membro Correspondente o médico estrangeiro que tiver a sua Proposta de Admissão aprovada pela Diretoria, comprovando:

1. O exercício da Neurologia ou atividade afim à Neurologia em seu país;
2. Submissão da Proposta de Admissão, assinada por 02 (dois) membros (Titulares ou Eméritos) da ABN, à Secretaria-Tesouraria Geral

**MEMBRO DISCENTE**

Será Membro Discente o estudante de medicina que tiver a sua Proposta de Admissão aprovada pela Diretoria.

**MEMBRO ASSOCIADO DISCENTE**

Será Membro Associado Discente o estudante de ensino superior com interesse em área afim à neurologia e que tiver a sua Proposta de Admissão aprovada pela Diretoria da ABN.

***O candidato a membro Discente ou Associado Discente****deve encaminhar carta do estabelecimento de ensino superior dirigido à Secretaria-Tesouraria que comprove que o mesmo cursa medicina (Discente) ou área afim a neurologia (Discente Associado), o formulário de filiação deverá ser solicitado junto à ABN.*

**MEMBRO TÉCNICO**

Será destinada aos profissionais de nível médio que exerçam atividade técnica relacionada a neurologia e que atendam ao disposto no Regimento Geral.

***O candidato membro Técnico****deve encaminhar o pedido de admissão dirigido a diretoria da ABN e anexar cópia do certificado de conclusão de sua área técnica com seus dados cadastrais, nome completo, endereço completo, data de nascimento, telefones de contato, nº CPF e RG, e e-mail.*

**MEMBRO HONORÁRIO**

O título de Membro Honorário será conferido a médicos ou pesquisadores que tenham se distinguido no progresso das neurociências, devendo a proposta ser apresentada por, no mínimo, 03 (três) Membros Titulares ou Titulares Eméritos da ABN, aprovada pela Assembleia Geral.

**MEMBRO TITULAR EMÉRITO**

O título de Membro Titular Emérito será concedido ao Membro Titular, médico neurologista com mais de 15 (quinze) anos de filiação à ABN, e com mais de 70 (setenta) anos de idade, mediante parecer da Diretoria (com homologação do CD), baseado em informação anual da Secretaria-Tesouraria Geral.

**MEMBRO BENEMÉRITO**

O título de Membro Benemérito será conferido a personalidades físicas ou jurídicas que tenham prestado relevantes serviços, ou feito expressivas doações à ABN, devendo a proposta ser apresentada por, no mínimo, 03 (três) Membros Titulares ou Membros Titulares Eméritos, aprovada pela Assembleia Geral.

***Os candidatos a membros Titular, Efetivo, Efetivo Associado, Afiliado, Aspirante Associado e Associado, deverão enviar à Secretaria-Tesouraria Geral:***

* *carta solicitando admissão;*
* *carta de apresentação de 2 membros Titulares;*
* *curriculum vitae resumido;*
* *comprovantes de estar em dia com o CRM e com a Federada da AMB (quando médico);*
* *cópia do diploma de graduação;*
* *documento comprovando suas credenciais para ingressar na categoria à qual se Candidata.*

**REGULAMENTAÇÃO DOS CRÉDITOS PARA MEMBRO DA ABN**

A obtenção de créditos será baseada nos seguintes critérios:

* por atividades promovidas diretamente pela ABN (três créditos por dia de atividades);
* por atividades científicas promovidas pelos Capítulos Regionais (1 crédito por dia de atividade);
* por atividades co-patrocinadas pela ABN (1 crédito pela atividade total);
* por dissertação aprovada para mestrado (5 créditos);
* por tese de doutoramento aprovada (10 créditos);
* por trabalho científico publicado em revistas médicas indexadas (até 10 créditos).

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**CURRÍCULO APROVADO POR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FORMULÁRIO PARA FILIAÇÃO**

À

Secretaria-Tesouraria Geral da

Academia Brasileira de Neurologia

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito ao Conselho Deliberativo minha admissão na Academia Brasileira de Neurologia na categoria de Membro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de acordo com o que prescrevem os Estatutos e o Regimento Geral.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Local e Data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nome)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Assinatura)

À

Secretaria-Tesouraria Geral da

Academia Brasileira de Neurologia

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Membro Titular da Academia Brasileira de Neurologia tenho o prazer de indicar o nome de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

como candidato a integrar a ABN. Suas qualidades pessoais e profissionais, bem como sua atuação na área das Neurociências preenchem os requisitos para Membro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de acordo com o que postulam os Estatutos e o Regimento Geral.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Local e Data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nome)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Assinatura)

ÀSecretaria-Tesouraria Geral daAcademia Brasileira de Neurologia

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Membro Titular da Academia Brasileira de Neurologia tenho o prazer de indicar o nome de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

como candidato a integrar a ABN. Suas qualidades pessoais e profissionais, bem como sua atuação na área das Neurociências preenchem os requisitos para Membro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de acordo com o que postulam os Estatutos e o Regimento Geral.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Local e Data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nome)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Assinatura)

**CURRICULLUM VITAE**

**1. DADOS PESSOAIS:**

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

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ sexo: M (\_\_\_\_\_) F (\_\_\_\_\_)

Local de Nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço de correspondência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_

Telefones de Contato: (\_\_\_\_\_\_) Residencial.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comercial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº CRM/UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº RQE (Registro de Qualificação da Especialidade): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Área dentro da especialidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. FORMAÇÃO ACADÊMICA**

***Graduação em: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Faculdade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Período: de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Especialização (mínimo de 8.640 horas):***

Área: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo (estágio; residência; outros): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Período: de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Mestrado:***

Especialidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Período: de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Doutorado:***

Especialidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Período: de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Docência livre:***

Especialidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. CARGOS DE TÍTULOS UNIVERSITÁRIOS PRINCIPAIS:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**4. ATIVIDADE PROFISSIONAL:**

***Clínica particular:***

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

DDD: (\_\_\_\_\_\_\_) Fone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Hospital Escola:***

Entidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Área dentro da especialidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo ou Função: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Período: de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

DDD: (\_\_\_\_\_\_\_) Fone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Hospital Público:***

Entidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Área dentro da especialidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo ou Função: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Período: de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ -\_\_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_

DDD: (\_\_\_\_\_\_\_) Fone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Hospital Particular:***

Entidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Área dentro da especialidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo ou Função: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Período: de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_

**5. TÍTULO(S) DE ESPECIALISTA:**

Especialidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Exame: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Título Universitário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tem documento comprobatório: SIM ( ) NÃO ( )

Especialidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Exame: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Título Universitário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tem documento comprobatório: SIM ( ) NÃO ( )

**6. ESTATÍSTICA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA** (produção já completada):

Artigos científicos publicados em periódicos

Especializados Nacionais: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Artigos científicos publicados em periódicos

Especializados Estrangeiros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Artigos de divulgação científica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teses defendidas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teses orientadas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7. RELAÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA** (relacionar a citação completa de cada um dos trabalhos científicos já publicados) - em folha anexa.

**8. COMPROVANTES PRINCIPAIS:** enviar cópias dos seguintes Documentos:

- Diploma de Graduação em Medicina.

- Certificado de conclusão da Residência Médica na Especialidade:

- Situação atual no Conselho Regional de Medicina.

- Situação atual na Associação Médica Brasileira.

**9. FILIAÇÃO AOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS**

Assinale os departamentos de seu interesse para filiação, **são até 3 departamentos**. Informamos que os Departamentos Científicos de História da Neurologia e Neurologia Geral são de filiação automática.

1. ( ) DC de Cefaleia
2. ( ) DC de Distúrbios Vestibulares e do Equilíbrio
3. ( ) DC de Doenças Cerebrovasculares, Neurologia Intervencionista e Terapia Intensiva em Neurologia
4. ( ) DC de Doenças Neurônio Motor / Esclerose Lateral Amiotrófica
5. ( ) DC de Dor
6. ( ) DC de Epilepsia
7. ( ) DC de Líquido Cefalorraquiano
8. ( ) DC de Moléstias Neuromusculares
9. ( ) DC de Neuroepidemiologia
10. ( ) DC de Neurofisiologia Clínica
11. ( ) DC de Neurogenética
12. ( ) DC de Neuroimunologia
13. ( ) DC de Neuroinfecção
14. ( ) DC de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento
15. ( ) DC de Neurologia Infantil
16. ( ) DC de Neuro-oncologia
17. ( ) DC de Neuropatias Periféricas
18. ( ) DC de Neurossonologia
19. ( ) DC de Reabilitação Neurológica
20. ( ) DC de Sono
21. ( ) DC de Transtornos do Movimento
22. ( ) DC de Traumatismo Cranioencefálico

**10. Autorizo a divulgação do meu cadastro para outras entidades:**

**( ) SIM ( ) NÃO**