

São Paulo, ----- de ----- de 20---

Ilmo. Dr. Coordenador do Setor de C.T.B.M.F

A **SOBRACIBU**, Sociedade Brasileira de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial, fundada em 1952 e representante dos especialistas na área de CTBMF, está desempenhando importante trabalho no apoio ao exercício profissional em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial.

Entre os diversos caminhos adotados para esta finalidade, a SOBRACIBU criou o Credenciamento de Serviços Hospitalares. Este Credenciamento está sendo proporcionado a reconhecidos profissionais atuantes em nossa especialidade.

Com a intenção de apoio ao seu serviço junto a este hospital e engrandecer suas relações entre as especialidades hospitalares, temos a honra de convidar o Ilmo. Dr., a credenciar seu serviço. Para sua participação, basta preencher a ficha que lhe está sendo enviada em anexo, remetendo-a para a SOBRACIBU para que os devidos trâmites protocolares e estatutários sejam seguidos. Uma vez credenciados, os membros necessitam filiar-se à Sobracibu.

Certos de estarmos colaborando com o fortalecimento do exercício da Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial, subscrevemo-nos. Cordial e respeitosamente;

DIRETORIA SOBRACIBU

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL - SOBRACIBU

FICHA PARA PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS EM C.T.B.M.F.

Credenciamento para: Atendimento () Atendimento e Ensino ()

CIRURGIÃO RESPONSÁVEL (COORDENADOR) PELO SERVIÇO DE C.T.B.M.F.:

EMAIL DO COORDENADOR PARA CONTATO:

NOME DO HOSPITAL:

DIRETOR CLÍNICO DO HOSPITAL:

NÚMERO DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS EM C.T.B.M.F./ANO: _____

NÚMERO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM C.T.B.M.F./ANO: _____

NÚMERO DE ASSISTENTES NO SERVIÇO DE C.T.B.M.F.: _____

NÚMERO DE RESIDENTES NO SERVIÇO DE C.T.B.M.F.: _____

NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES: _____

NÚMERO DE SALAS CIRÚRGICAS: _____

NÚMERO DE LEITOS DESTINADOS AO S.U.S.: _____

RESIDÊNCIA OFERECIDA PELOS SERVIÇOS DE:	SIM	NÃO
ANESTESIOLOGIA		
ANGIOLOGIA/CIRURGIA VASCULAR		
CARDIOLOGIA		
CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO		
CIRURGIA GERAL		
CIRURGIA PLÁSTICA		
CLÍNICA MÉDICA		
GINECOLOGIA/OBSTRETÍCIA		
NEUROLOGIA		
OFTALMOLOGIA		
ORTOPEDIA		
OTORRINOLARINGOLOGIA		
PNEUMOLOGIA/ CIRURGIA TORÁXICA		
PSIQUIATRIA		
SERVIÇOS DE SUPORTE OFERECIDOS	SIM	NÃO
ACESSO A BASES DE DADOS POR INTERNET		
ANFITEATRO DE AULAS PARA A RESIDÊNCIA		
BIBLIOTECA		
CTI ADULTO		
CTI PEDIÁTRICA		
FISIOTERAPIA		
FONOAUDIOLOGIA		
LABORATÓRIA DE ANÁLISES CLÍNICAS		
LABORATÓRIO DE ANÁLISES PATOLÓGICAS		
PRONTO SOCORRO		
PSICOLOGIA		
SERVIÇO DE NECROPSIA		
INTEGRAÇÃO DIDÁTICA ENTRE OS SERVIÇOS DE RESIDÊNCIAS (ESTÁGIOS ROTATIVOS)		
SERVIÇO DE C.T.B.M.F. COM PLANTÃO 24 HORAS		

INFORMAÇÕES SOBRE O RESPONSÁVEL (COORDENADOR) DO SERVIÇO EM C.T.B.M.F.

ANO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA: _____

ESPECIALIZAÇÃO EM C.T.B.M.F.: NÃO () SIM ()

DATA:

PÓS GRADUAÇÃO MESTRADO EM:

DATA:

PÓS GRADUAÇÃO DOUTORADO EM:

DATA:

DOCENTE EM GRADUAÇÃO: (LISTAR DISCIPLINA E FACULDADE)

DOCENTE EM PÓS GRADUAÇÃO: (LISTAR DISCIPLINA E FACULDADE)

OUTRAS INFORMAÇÕES CURRICULARES DE RELEVÂNCIA:

SÓCIO DA SOBRACIBU: SIM () NÃO ()

CERTIFICO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO VERÍDICAS.

LOCAL / DATA

ASS. RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO DE C.T.B.M.F.