



**QUESTIONÁRIO DE CONSULTA PARA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE APERFEIÇOAMENTO
EM ULTRASSONOGRAFIA**

NOME DA INSTITUIÇÃO: _____

ENDEREÇO DA INSTITUIÇÃO: _____

TIPO DE INSTITUIÇÃO:

() HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

() HOSPITAL GERAL () SUS () PRIVADO () FILANTRÓPICO

() HOSPITAL ESPECIALIZADO () SUS () PRIVADO () FILANTRÓPICO

QUAL ESPECIALIDADE: _____

() POLICLÍNICA

CONVÊNIO COM HOSPITAL () SIM () NÃO

() CLÍNICA ESPECIALIZADA / QUAL ESPECIALIDADE: _____

CONVÊNIO COM HOSPITAL () SIM () NÃO

() CLÍNICA DE DIAGNÓSTICOS

CONVÊNIO COM HOSPITAL () SIM () NÃO

NÚMERO DE VAGAS QUE DESEJA OFERECER: _____

CARGA HORÁRIA SEMANAL DO APERFEIÇOANDO: _____

NÚMERO ATUAL DE RESIDENTES DE RADIOLOGIA NO SERVIÇO (CASO SE APLIQUE): _____

NÚMERO DE PRECEPTORES DISPONÍVEIS PARA OS APERFEIÇOANDOS: _____

RESPONSÁVEL PELO CURSO:

NOME: _____ CRM: _____

MEMBRO TITULAR DO CBR: () SIM () NÃO

TEMPO DE EXPERIÊNCIA EM ENSINO NA ÁREA DE IMAGEM: _____



Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

Departamento de Diagnóstico por Imagem e Radioterapia da Associação Médica Brasileira

Av. Paulista, 37 - 7º andar - conj. 71 - São Paulo/SP - Cep: 01311-902
Tel: (11) 3372-4544 - fax: (11) 3285-1690 - e-mail: radiologia@cbr.org.br - www.cbr.org.br

PÓS-GRADUAÇÃO

() SIM () NÃO

() MESTRADO

() DOUTORADO

***Anexar currículo

CORPO DE PRECEPTORES:

1. NOME: _____ CRM: _____

MEMBRO TITULAR DO CBR: () SIM () NÃO

2. NOME: _____ CRM: _____

MEMBRO TITULAR DO CBR: () SIM () NÃO

3. NOME: _____ CRM: _____

MEMBRO TITULAR DO CBR: () SIM () NÃO

4. NOME: _____ CRM: _____

MEMBRO TITULAR DO CBR: () SIM () NÃO

5. NOME: _____ CRM: _____

MEMBRO TITULAR DO CBR: () SIM () NÃO

6. NOME: _____ CRM: _____

MEMBRO TITULAR DO CBR: () SIM () NÃO

7. NOME: _____ CRM: _____

MEMBRO TITULAR DO CBR: () SIM () NÃO

8. NOME: _____ CRM: _____

MEMBRO TITULAR DO CBR: () SIM () NÃO

9. NOME: _____ CRM: _____

MEMBRO TITULAR DO CBR: () SIM () NÃO



Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

Departamento de Diagnóstico por Imagem e Radioterapia da Associação Médica Brasileira

Av. Paulista, 37 - 7º andar - conj. 71 - São Paulo/SP - Cep: 01311-902
Tel: (11) 3372-4544 - fax: (11) 3285-1690 - e-mail: radiologia@cbr.org.br - www.cbr.org.br

10. NOME: _____ CRM: _____

MEMBRO TITULAR DO CBR: () SIM () NÃO

11. NOME: _____ CRM: _____

MEMBRO TITULAR DO CBR: () SIM () NÃO

12. NOME: _____ CRM: _____

MEMBRO TITULAR DO CBR: () SIM () NÃO

13. NOME: _____ CRM: _____

MEMBRO TITULAR DO CBR: () SIM () NÃO

14. NOME: _____ CRM: _____

MEMBRO TITULAR DO CBR: () SIM () NÃO

15. NOME: _____ CRM: _____

MEMBRO TITULAR DO CBR: () SIM () NÃO

16. NOME: _____ CRM: _____

MEMBRO TITULAR DO CBR: () SIM () NÃO

17. NOME: _____ CRM: _____

MEMBRO TITULAR DO CBR: () SIM () NÃO

18. NOME: _____ CRM: _____

MEMBRO TITULAR DO CBR: () SIM () NÃO

19. NOME: _____ CRM: _____

MEMBRO TITULAR DO CBR: () SIM () NÃO

20. NOME: _____ CRM: _____

MEMBRO TITULAR DO CBR: () SIM () NÃO

NÚMERO DE EQUIPAMENTOS DE ULTRASSOM DISPONÍVEIS PARA OS APERFEIÇOANDOS

CARACTERÍSTICAS DOS EQUIPAMENTOS:

1. MARCA: _____ MODELO: _____ ANO DE FABRICAÇÃO: _____
TRANSDUTORES: () CONVEXO () LINEAR () ENDOCAVITARIO () INTRAOPERATÓRIO () VOLUMÉTRICO
DOPPLER: () SIM () NÃO
2. MARCA: _____ MODELO: _____ ANO DE FABRICAÇÃO: _____
TRANSDUTORES: () CONVEXO () LINEAR () ENDOCAVITARIO () INTRAOPERATÓRIO () VOLUMÉTRICO
DOPPLER: () SIM () NÃO
3. MARCA: _____ MODELO: _____ ANO DE FABRICAÇÃO: _____
TRANSDUTORES: () CONVEXO () LINEAR () ENDOCAVITARIO () INTRAOPERATÓRIO () VOLUMÉTRICO
DOPPLER: () SIM () NÃO
4. MARCA: _____ MODELO: _____ ANO DE FABRICAÇÃO: _____
TRANSDUTORES: () CONVEXO () LINEAR () ENDOCAVITARIO () INTRAOPERATÓRIO () VOLUMÉTRICO
DOPPLER: () SIM () NÃO
5. MARCA: _____ MODELO: _____ ANO DE FABRICAÇÃO: _____
TRANSDUTORES: () CONVEXO () LINEAR () ENDOCAVITARIO () INTRAOPERATÓRIO () VOLUMÉTRICO
DOPPLER: () SIM () NÃO
6. MARCA: _____ MODELO: _____ ANO DE FABRICAÇÃO: _____
TRANSDUTORES: () CONVEXO () LINEAR () ENDOCAVITARIO () INTRAOPERATÓRIO () VOLUMÉTRICO
DOPPLER: () SIM () NÃO
7. MARCA: _____ MODELO: _____ ANO DE FABRICAÇÃO: _____
TRANSDUTORES: () CONVEXO () LINEAR () ENDOCAVITARIO () INTRAOPERATÓRIO () VOLUMÉTRICO
DOPPLER: () SIM () NÃO
8. MARCA: _____ MODELO: _____ ANO DE FABRICAÇÃO: _____
TRANSDUTORES: () CONVEXO () LINEAR () ENDOCAVITARIO () INTRAOPERATÓRIO () VOLUMÉTRICO
DOPPLER: () SIM () NÃO
9. MARCA: _____ MODELO: _____ ANO DE FABRICAÇÃO: _____
TRANSDUTORES: () CONVEXO () LINEAR () ENDOCAVITARIO () INTRAOPERATÓRIO () VOLUMÉTRICO
DOPPLER: () SIM () NÃO
10. MARCA: _____ MODELO: _____ ANO DE FABRICAÇÃO: _____
TRANSDUTORES: () CONVEXO () LINEAR () ENDOCAVITARIO () INTRAOPERATÓRIO () VOLUMÉTRICO
DOPPLER: () SIM () NÃO
11. MARCA: _____ MODELO: _____ ANO DE FABRICAÇÃO: _____
TRANSDUTORES: () CONVEXO () LINEAR () ENDOCAVITARIO () INTRAOPERATÓRIO () VOLUMÉTRICO
DOPPLER: () SIM () NÃO
12. MARCA: _____ MODELO: _____ ANO DE FABRICAÇÃO: _____
TRANSDUTORES: () CONVEXO () LINEAR () ENDOCAVITARIO () INTRAOPERATÓRIO () VOLUMÉTRICO
DOPPLER: () SIM () NÃO
13. MARCA: _____ MODELO: _____ ANO DE FABRICAÇÃO: _____
TRANSDUTORES: () CONVEXO () LINEAR () ENDOCAVITARIO () INTRAOPERATÓRIO () VOLUMÉTRICO
DOPPLER: () SIM () NÃO
14. MARCA: _____ MODELO: _____ ANO DE FABRICAÇÃO: _____
TRANSDUTORES: () CONVEXO () LINEAR () ENDOCAVITARIO () INTRAOPERATÓRIO () VOLUMÉTRICO
DOPPLER: () SIM () NÃO
15. MARCA: _____ MODELO: _____ ANO DE FABRICAÇÃO: _____
TRANSDUTORES: () CONVEXO () LINEAR () ENDOCAVITARIO () INTRAOPERATÓRIO () VOLUMÉTRICO
DOPPLER: () SIM () NÃO



CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO

PREVÊ TREINAMENTO EM GASTROENTEROLOGIA () SIM () NÃO

NÚMERO ESTIMADO DE EXAMES DESTA MODALIDADE QUE CADA APERFEIÇOANDO IRÁ REALIZAR : _____

PREVÊ TREINAMENTO EM NEFRO-UROLOGIA () SIM () NÃO

NÚMERO ESTIMADO DE EXAMES DESTA MODALIDADE QUE CADA APERFEIÇOANDO IRÁ REALIZAR : _____

PREVÊ TREINAMENTO EM MASTOLOGIA () SIM () NÃO

PREVÊ TREINAMENTO EM URGÊNCIAS/PRONTO-SOCORRO () SIM () NÃO

NÚMERO ESTIMADO DE EXAMES DESTA MODALIDADE QUE CADA APERFEIÇOANDO IRÁ REALIZAR : _____

PREVÊ TREINAMENTO A PACIENTES EM AMBIENTE DE TERAPIA INTENSIVA () SIM () NÃO

NÚMERO ESTIMADO DE EXAMES DESTA MODALIDADE QUE CADA APERFEIÇOANDO IRÁ REALIZAR : _____

PREVÊ TREINAMENTO EM OBSTETRÍCIA () SIM () NÃO

NÚMERO ESTIMADO DE EXAMES DESTA MODALIDADE QUE CADA APERFEIÇOANDO IRÁ REALIZAR : _____

PREVÊ TREINAMENTO EM MEDICINA FETAL () SIM () NÃO

NÚMERO ESTIMADO DE EXAMES DESTA MODALIDADE QUE CADA APERFEIÇOANDO IRÁ REALIZAR : _____

PREVÊ TREINAMENTO EM GINECOLOGIA () SIM () NÃO

NÚMERO ESTIMADO DE EXAMES DESTA MODALIDADE QUE CADA APERFEIÇOANDO IRÁ REALIZAR : _____

PREVÊ TREINAMENTO EM US DE PEQUENAS PARTES () SIM () NÃO

NÚMERO ESTIMADO DE EXAMES DESTA MODALIDADE QUE CADA APERFEIÇOANDO IRÁ REALIZAR : _____

PREVÊ TREINAMENTO EM US MUSCOLO-ESQUELÉTICO () SIM () NÃO

NÚMERO ESTIMADO DE EXAMES DESTA MODALIDADE QUE CADA APERFEIÇOANDO IRÁ REALIZAR : _____

PREVÊ TREINAMENTO EM DOPPLER /VASCULAR () SIM () NÃO

NÚMERO ESTIMADO DE EXAMES DESTA MODALIDADE QUE CADA APERFEIÇOANDO IRÁ REALIZAR : _____

PREVÊ TREINAMENTO EM PEDIATRIA () SIM () NÃO

NÚMERO ESTIMADO DE EXAMES DESTA MODALIDADE QUE CADA APERFEIÇOANDO IRÁ REALIZAR : _____



Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

Departamento de Diagnóstico por Imagem e Radioterapia da Associação Médica Brasileira

Av. Paulista, 37 - 7º andar - conj. 71 - São Paulo/SP - Cep: 01311-902
Tel: (11) 3372-4544 - fax: (11) 3285-1690 - e-mail: radiologia@cbr.org.br - www.cbr.org.br

PREVÊ CONTATO COM OUTROS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM (RAIO-X / RESSONANCIA MAGNÉTICA / MAMOGRAFIA / TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA) () SIM () NÃO

DISPÕE DE BIBLIOTECA ESPECIALIZADA () SIM () NÃO

ASSINA REVISTAS DA ÁREA () SIM () NÃO

QUAIS REVISTAS ASSINA:

_____ ACESSO ELETRÔNICO () SIM () NÃO

_____ ACESSO ELETRÔNICO () SIM () NÃO

_____ ACESSO ELETRÔNICO () SIM () NÃO

_____ ACESSO ELETRÔNICO () SIM () NÃO

_____ ACESSO ELETRÔNICO () SIM () NÃO

_____ ACESSO ELETRÔNICO () SIM () NÃO

_____ ACESSO ELETRÔNICO () SIM () NÃO

_____ ACESSO ELETRÔNICO () SIM () NÃO

_____ ACESSO ELETRÔNICO () SIM () NÃO

_____ ACESSO ELETRÔNICO () SIM () NÃO

_____ ACESSO ELETRÔNICO () SIM () NÃO

_____ ACESSO ELETRÔNICO () SIM () NÃO

_____ ACESSO ELETRÔNICO () SIM () NÃO

_____ ACESSO ELETRÔNICO () SIM () NÃO

_____ ACESSO ELETRÔNICO () SIM () NÃO

DISPÕE DE ESPAÇO FÍSICO PARA AULAS TEÓRICAS () SIM () NÃO

DISPÕE DE PROJETOR MULTIMÍDIA () SIM () NÃO

ATENDE A PACIENTES DE CONVÊNIOS () SIM () NÃO



Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

Departamento de Diagnóstico por Imagem e Radioterapia da Associação Médica Brasileira

Av. Paulista, 37 - 7º andar - conj. 71 - São Paulo/SP - Cep: 01311-902
Tel: (11) 3372-4544 - fax: (11) 3285-1690 - e-mail: radiologia@cbr.org.br - www.cbr.org.br

NÚMERO ESTIMADO DE EXAMES DE PACIENTES DE CONVÊNIOS POR MÊS: _____

ATENDE A PACIENTES DO SUS () SIM () NÃO

NÚMERO ESTIMADO DE EXAMES DE PACIENTES DO SUS POR MÊS: _____

ATENDE A PACIENTES PARTICULARES () SIM () NÃO

NÚMERO ESTIMADO DE EXAMES DE PACIENTES PARTICULARES POR MÊS: _____

PROCESSO SELETIVO

DETERMINADO PELO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM.

DATA DE INÍCIO DO CURSO: ____ / ____

Atesto a veracidade das informações acima.

Ass: _____

Nome: _____