###### DADOS DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA E APERFEIÇOAMENTO

### Razão Social CNPJ

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

### Endereço comercial CEP

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

### Cidade UF Telefone Comercial

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

### Responsável

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

### Celular do Responsável E-mail do Responsável

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

Escolha o tema de interesse:

( ) Cabeça e Pescoço ( ) Gastrointestinal ( ) Genitourinário ( ) Mama ( ) Musculoesquelético

( ) Neurorradiologia ( ) Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia ( ) Ultrassonografia Geral

( ) Tórax

Faça uma breve descrição dos equipamentos do seu serviço (TC, US, RM, etc.), bem como dos desafios que encontra.

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

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

###### PARA PREENCHIMENTO DA SOCIEDADE ESTADUAL

Descreva aqui o motivo pelo qual o serviço indicado deverá ser contemplado no Programa Professor Visitante CBR.

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

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