



Filiada à WFSICCM

AMIB – ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA
Rua Domingos de Morais 814 Bl. II - Edifício Itu – 2º andar – Cj. 23
04010-100 – Vila Mariana – São Paulo/SP – Fone/Fax: (11) 5575-3832
<http://www.amib.com.br> sedenac@amib.com.br

DOC. Nº 4

(Destacar e retornar à AMIB)

COMISSÃO DE FORMAÇÃO DO INTENSIVISTA CFI/AMIB
Programa de Especialização em Medicina Intensiva – PEMI/AMIB

COORDENADOR DO PEMI/AMIB

1 . REQUISITOS OBRIGATÓRIOS (*)

1.1. Sócio efetivo da AMIB Nº do Registro: _____

1.2. Título de Especialista em M. I. Ano: _____

- A falta da Titulação impossibilitará que a UTI seja Centro Formador
- Caso não seja sócio efetivo, deverá providenciar prontamente o pagamento da anuidade junto à Tesouraria da AMIB.

2. DADOS PESSOAIS

2.1. Identificação: _____ Sexo: M F

Data de Nascimento: ____/____/____ - Estado Civil: _____

Nacionalidade: _____ - CPF: _____

2.2. Endereço para Correspondência: _____

Nº _____ Complemento _____ Bairro _____

Cep _____ Cidade _____ Estado _____

2.3. Telefones para contato (informe o maior número possível)

Residencial () _____ Celular () _____

Consultório () _____ Hospital () _____ Ramal _____

BIP Central () _____ Código: _____

Recados () _____ Outros: () _____

2.4. FAX (é essencial!!): () _____// _____

(Residência Hospital Consultório Universidade ou Outro: _____)

2.5. E.mail: _____

(Residência Hospital Consultório Universidade ou Outro: _____)



AMIB – ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA

Rua Domingos de Morais 814 Bl. II - Edifício Itu – 2º andar – Cj. 23
04010-100 – Vila Mariana – São Paulo/SP – Fone/Fax: (11) 5575-3832
<http://www.amib.com.br> sedenac@amib.com.br

3. DADOS PROFISSIONAIS

3.1. Formação Acadêmica

- **Ano de Graduação:** _____ **Escola Médica:** _____

Cidade _____ Estado _____

- **Residência Médica:** _____

Instituição

Cidade

Estado

Área _____

- **Pós-Graduação:**

Instituição

- **MESTRADO:** Período _____

- Instituição _____

Cidade

Estado

- Área _____

- Tese: _____

- **DOUTORADO:** Período _____

Instituição _____

Cidade

Estado

- Área _____

- Tese: _____

- **OUTROS:** _____



Filiada à WFSICCM

AMIB – ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA

Rua Domingos de Morais 814 Bl. II - Edifício Itu – 2º andar – Cj. 23
04010-100 – Vila Mariana – São Paulo/SP – Fone/Fax: (11) 5575-3832
<http://www.amib.com.br> sedenac@amib.com.br

▪ **Atividade Acadêmica Atual**

- Título : _____

- Disciplina: _____

- Instituição: _____ Cidade _____ Estado _____

▪ **Títulos de Especialista (além de Intensivista)** _____

Atua nesta UTI desde: _____

Atenção: Nenhum campo poderá estar em branco. Na ausência da referida informação, o espaço deve ser anulado.



Filiada à WFSICCM

AMIB – ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA
Rua Domingos de Morais 814 Bl. II - Edifício Itu – 2º andar – Cj. 23
04010-100 – Vila Mariana – São Paulo/SP – Fone/Fax: (11) 5575-3832
<http://www.amib.com.br> sedenac@amib.com.br

DOC. Nº 4

(Destacar e retornar à AMIB)

COMISSÃO DE FORMAÇÃO DO INTENSIVISTA CFI/AMIB
Programa de Especialização em Medicina Intensiva – PEMI/AMIB

PRECEPTOR DO PEMI/AMIB

1 . REQUISITOS OBRIGATÓRIOS (*)

1.2 Sócio efetivo da AMIB Nº do Registro: _____

1.3 Título de Especialista em M. I. Ano: _____

- A falta da Titulação impossibilitará que a UTI seja Centro Formador
- Caso não seja sócio efetivo, deverá providenciar prontamente o pagamento da anuidade junto à Tesouraria da AMIB.

2. DADOS PESSOAIS

2.1. Identificação: _____ Sexo: M F

Data de Nascimento: ____/____/____ - Estado Civil: _____

Nacionalidade: _____ - CPF _____

2.2. Endereço para Correspondência: _____

Nº _____ Complemento _____ Bairro _____

Cep _____ Cidade _____ Estado _____

2.3. Telefones para contato (informe o maior número possível)

Residencial () _____ Celular () _____

Consultório () _____ Hospital () _____ Ramal _____

BIP Central () _____ Código: _____

Recados () _____ Outros: () _____

2.4. FAX (é essencial!!): () _____ // _____

(Residência Hospital Consultório Universidade ou Outro: _____)

2.5. E.mail: _____

(Residência Hospital Consultório Universidade ou Outro: _____)



AMIB – ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA
Rua Domingos de Morais 814 Bl. II - Edifício Itu – 2º andar – Cj. 23
04010-100 – Vila Mariana – São Paulo/SP – Fone/Fax: (11) 5575-3832
<http://www.amib.com.br> sedenac@amib.com.br

3. DADOS PROFISSIONAIS

3.2. Formação Acadêmica

- **Ano de Graduação:** _____ **Escola Médica:** _____

Cidade _____ Estado _____

- **Residência Médica:** _____
Instituição _____

Cidade _____ Estado _____

Área _____

- **Pós-Graduação:**

_____ Instituição _____

- **MESTRADO:** Período _____

- Instituição _____

_____ Cidade _____ Estado _____

- Área _____

- Tese: _____

- **DOUTORADO:** Período _____

Instituição _____

_____ Cidade _____ Estado _____

- Área _____

- Tese: _____

- **OUTROS:** _____

- _____



AMIB – ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA

Rua Domingos de Moraes 814 Bl. II - Edifício Itu – 2º andar – Cj. 23
04010-100 – Vila Mariana – São Paulo/SP – Fone/Fax: (11) 5575-3832
<http://www.amib.com.br> sedenac@amib.com.br

Filiada à WFSICCM

- **Atividade Acadêmica Atual**
 - Título : _____
 - Disciplina: _____
 - Instituição: _____ Cidade _____ Estado _____
- **Títulos de Especialista (além de Intensivista)** _____

- **Atua nesta UTI desde:** _____

Atenção: Nenhum campo poderá estar em branco. Na ausência da referida informação, o espaço deve ser anulado.



Filiada à WFSICCM

AMIB – ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA
Rua Domingos de Morais 814 Bl. II - Edifício Itu – 2º andar – Cj. 23
04010-100 – Vila Mariana – São Paulo/SP – Fone/Fax: (11) 5575-3832
<http://www.amib.com.br> sedenac@amib.com.br

COMISSÃO DE FORMAÇÃO DO INTENSIVISTA – CFI/AMIB **Programa de Especialização em Medicina Intensiva – PEMI/AMIB**

Assunto: Estágio Complementar

Conforme orientação da CFI/AMIB e na qualidade de Coordenador do PEMI/AMIB na UTI desta instituição, declaro que estabelecemos acordo de cooperação didática.

com o _____,
(UTI, serviço, clínica)

do (a) _____
(instituição)

(_____) sob responsabilidade do Dr.(a) _____
(cidade/Estado)

para complementar nosso programa de treinamento. O referido estágio tem duração de _____.

Local e Data

Coordenador do PEMI/AMIB

Ciente e de acordo:

Responsável técnico pelo serviço que irá oferecer o estágio complementar (nome completo assinatura, CRM e cargo na instituição)