



Universidade Federal de São Paulo

Escola Paulista de Medicina

Departamento de Cirurgia

Pós-Graduação em Ciência Cirúrgica InterDisciplinar

FOTO
3 x 4

NÍVEL DOUTORADO

FICHA DE INSCRIÇÃO – PERÍODO PROBATÓRIO

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------|
| NOME: | | |
| Endereço: | | |
| Bairro: | Cidade: | CEP: |
| Fone Cel: () | Fone Com.: () | Fone Res: () |
| E-Mail: | | |
| Local/Data Nasc.: / / | | |
| RG Nº/Órgão Emissor: | CPF: | |
| Graduação: <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Outra: | Ano Titulação: | Nº CR: |
| Instituição: | | |
| Residência : Área: | Ano do Término: | |
| Instituição: | | |
| Vinculação Universitária? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Função: | | |
| Instituição: | | |
| Encaminhado por: | | |
| ÁREAS DE INTERESSE PARA FINS DE PROJETO DE PESQUISA: | | |
| <input type="checkbox"/> Alterações Biológicas e Funcionais Decorrentes de Procedimentos Operatórios. | | |
| <input type="checkbox"/> Biomarcadores em Doenças Degenerativas, Inflamatórias e Neoplásicas. | | |
| <input type="checkbox"/> Alterações Morfológicas e Funcionais Decorrentes de Agressões Biológicas, Químicas e Físicas. | | |
| <input type="checkbox"/> Estratégias Operatórias e Sobrevida do Enxerto e do Receptor nos Transplantes de Órgãos. | | |
| <input type="checkbox"/> Técnicas Operatórias Minimamente Invasivas. | | |
| <input type="checkbox"/> Técnicas Analgésicas e Anestésicas. | | |
| <input type="checkbox"/> Alterações da Motilidade do Tubo Digestório. | | |
| <input type="checkbox"/> Aplicação de Próteses Sintéticas no Tratamento das Afecções Cirúrgicas: Repercussão Morfo-funcional e Processo de Cicatrização. | | |
| <input type="checkbox"/> Estudos de Revisão Sistemática e Metanálise de Procedimentos Terapêuticos nas Doenças de Tratamento Cirúrgico. | | |
| <input type="checkbox"/> Prevenção de Efeitos Adversos Peroperatórios. | | |
| <input type="checkbox"/> Segurança do Doente Cirúrgico: Epidemiologia, Gestão e Qualidade no Atendimento. | | |
| Local e Data: / / | | |
| Assinatura do Candidato: | | |
| Assinatura do Orientador: | | |
| Assinatura do Coordenador: | | |
| Matrícula Aprovada em / / | | |