

Nome:

Data de nascimento:

CPF:

Cidade e estado onde nasceu:

Faculdade e ano onde fez a graduação em Medicina:

CRM:

Serviço e ano de conclusão da residência médica:

Especialidade de base (Neurologia, Neurocirurgia ou Radiologia):

Portador do título de especialista e ano de aquisição:

Serviço onde fez a formação em Neurorradiologia Terapêutica e ano de conclusão:

Coordenador do programa de formação em Neurorradiologia Terapêutica:

Demais assistentes que participaram da formação do aluno, com assinatura dos mesmos. Pelo menos 2 portadores de título SBNR.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

| Tipo de Procedimento | Participação como operador principal | Participação como operador auxiliar |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Procedimentos Diagnósticos | | |
| Arteriografia Cerebral | | |
| Arteriografia Medular | | |
| Procedimentos Terapêuticos | | |
| Angioplastia supra-aórtica (carótida/vertebral) | | |
| Embolização Aneurisma Cerebral (Total) | | |
| Embolização Aneurisma Cerebral com espirais | | |
| Embolização Aneurisma Cerebral com espirais e balão | | |
| Embolização Aneurisma Cerebral com espirais e stent | | |
| Embolização Aneurisma Cerebral com diveror de fluxo | | |
| Embolização de epistaxis e de Tumor (cabeça/pescoço) | | |
| Embolização de MAV cerebral | | |
| Embolização de MAV medular | | |
| Embolização de Malformação Vascular Facial | | |
| Trombectomia Mecânica no AVCI | | |
| Procedimentos Percutaneos de Coluna | | |
| Cateterismo de Seio Petroso | | |
| OUTROS | | |
| TOTAL | | |

Data e Local

ASSINATURA DO CANDIDATO E DO COORDENADOR CENTRO DE TREINAMENTO