



## ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA

### Sociedade Brasileira de Neurologia

R Vergueiro, 1353 – sl 1404 – 04101-000 - São Paulo - SP - Telefone e Fax: (011) 5084-9463 ou 5083-3876

E-mail: [academia@abneuro.org](mailto:academia@abneuro.org) Home-Page: <http://www.abneuro.org>

## CONDIÇÕES PARA INGRESSAR NA ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA

### MEMBRO TITULAR

É necessário preencher uma das seguintes condições:

#### **Ser médico neurologista e:**

1. Possuir Título de Especialista em Neurologia fornecido pela ABN-AMB; ou
2. Possuir Título na área de atuação em Neurologia Pediátrica fornecido pela ABN, AMB e Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP.

### MEMBRO EFETIVO

É necessário preencher uma das seguintes condições:

#### **Ser médico neurologista e:**

1. Ter concluído Residência Médica em Neurologia Clínica em Programa aprovado nos termos do Decreto da Presidência da República nº 8.516/15 e Comissão Mista de Especialidade CFM - AMB - CNRM; ou
2. Ter completado programa de Residência Médica na área de Atuação em Neurologia Pediátrica em programa aprovado nos termos do Decreto da Presidência da República nº 8.516/15 e Comissão Mista de Especialidade CFM - AMB - CNRM; ou

### MEMBRO ASPIRANTE

Será Membro Aspirante o médico que tiver a sua Proposta de Admissão aprovada pela Diretoria e obedecer aos requisitos impostos no Estatuto, conforme seguem abaixo:

Preencher no mínimo 01 (um) dos seguintes requisitos:

1. Estar cursando Residência Médica em Neurologia Clínica em Programa aprovado nos termos do Decreto da Presidência da República nº 8.516/15 e Comissão Mista de Especialidade CFM - AMB - CNRM; ou
2. Estar cursando estágio em Neurologia Clínica com carga horária equivalente à Residência Médica, em programa reconhecido pela ABN; ou
3. Estar cursando programa de Residência Médica na área de Atuação em Neurologia Pediátrica em programa aprovado nos termos do Decreto da Presidência da República nº 8.516/15 e Comissão Mista de Especialidade CFM - AMB - CNRM; ou
4. Estar cursando estágio em Neurologia Pediátrica com carga horária equivalente à Residência Médica em programa reconhecido pela ABN.

## **MEMBRO EFETIVO ASSOCIADO**

É necessário preencher uma das seguintes condições:

### **Ser médico e:**

1. Ter completado Residência Médica em área de atuação, reconhecida nos termos do Decreto da Presidência da República nº 8.516/15 e Comissão Mista de Especialidade CFM - AMB - CNRM, cujo pré-requisito inclua certificação em Neurologia Clínica, que incluem Medicina do Sono, Neurofisiologia Clínica, Dor, Terapia Intensiva e demais áreas de atuação supervenientemente aprovadas pela AMB; ou
2. Ter completado estágio de Neurologia Clínica ou Neurologia Pediátrica com carga horária equivalente à Residência Médica, reconhecido pela ABN; ou
3. Ter completado Residência Médica em Neurocirurgia nos termos do Decreto da Presidência da República nº 8.516/15 e Comissão Mista de Especialidade CFM - AMB - CNRM; ou
4. Possuir grau de Mestre ou Doutor em Neurologia obtido ou reconhecido por faculdade de Medicina do país; ou
5. Possuir título de professor de Neurologia, de livre docente em Neurologia obtido por concurso público por provas e títulos em faculdade de Medicina do país; ou
6. Ter completado 100 (cem) créditos na área de neurologia, de acordo com regulamentação específica prevista no Regimento Geral;

## **MEMBRO ASPIRANTE ASSOCIADO**

É necessário preencher uma das seguintes condições:

### **Ser médico e:**

1. Estar cursando Residência Médica em área de atuação, reconhecida nos termos do Decreto da Presidência da República nº 8.516/15 e Comissão Mista de Especialidade CFM - AMB - CNRM, cujo pré-requisito inclua certificação em Neurologia Clínica, incluindo Medicina do Sono, Neurofisiologia Clínica, Dor, Terapia Intensiva e demais áreas de atuação supervenientemente aprovadas pela AMB ou;
2. Estar cursando Residência Médica em Neurocirurgia em programa aprovado nos termos do Decreto da Presidência da República nº 8.516/15 e Comissão Mista de Especialidade CFM - AMB - CNRM; ou

## **MEMBRO AFILIADO**

Será Membro Afiliado o médico não neurologista que, satisfazendo as condições previstas neste Estatuto e no Regimento Geral, tiver a sua Proposta de Admissão aprovada pela Diretoria, além de:

- a. For membro, em pleno direito e gozo de suas atribuições da Associação Médica Brasileira - AMB, por meio de suas Federadas;
- b. Estar registrado em um dos Conselhos Regionais de Medicina do País;

- c. Apresentar carta de recomendação de 02 (dois) Membro Titulares e Titulares Eméritos, atestando as qualidades morais e éticas do candidato;
- d. Submeter Proposta de Admissão com currículo e comprovante dos requisitos acima (a) e (b), assinada por 02 (dois) Membros Titulares e Titulares Eméritos, à Secretaria-Tesouraria Geral.

### **MEMBRO ASSOCIADO**

Será Membro Associado o profissional de nível superior que, satisfazendo as condições previstas neste Estatuto e no Regimento Geral, tiver a sua Proposta de Admissão aprovada pela Diretoria, além de:

- a. Exercer atividade afim à Neurologia (não é necessário ser médico);
- b. Apresentar carta de recomendação de 02 (dois) Membros Titulares ou Titulares Eméritos, atestando as qualidades morais e éticas do candidato;
- c. Submeter Proposta de Admissão com currículo e comprovante dos requisitos acima (a) e (b), assinada por 02 (dois) Membros Titulares ou Titulares Eméritos, à Secretaria-Tesouraria Geral.

### **MEMBRO CORRESPONDENTE**

Será Membro Correspondente o médico estrangeiro que tiver a sua Proposta de Admissão aprovada pela Diretoria, comprovando:

1. O exercício da Neurologia ou atividade afim à Neurologia em seu país;
2. Submissão da Proposta de Admissão, assinada por 02 (dois) membros (Titulares ou Eméritos) da ABN, à Secretaria-Tesouraria Geral

### **MEMBRO DISCENTE**

Será Membro Discente o estudante de medicina que tiver a sua Proposta de Admissão aprovada pela Diretoria.

### **MEMBRO ASSOCIADO DISCENTE**

Será Membro Associado Discente o estudante de ensino superior com interesse em área afim à neurologia e que tiver a sua Proposta de Admissão aprovada pela Diretoria da ABN.

***O candidato a membro Discente ou Associado Discente deve encaminhar carta do estabelecimento de ensino superior dirigido à Secretaria-Tesouraria que comprove que o mesmo cursa medicina (Discente) ou área afim a neurologia (Discente Associado), o formulário de filiação deverá ser solicitado junto à ABN.***

### **MEMBRO TÉCNICO**

Será destinada aos profissionais de nível médio que exerçam atividade técnica relacionada a neurologia e que atendam ao disposto no Regimento Geral.

***O candidato membro Técnico** deve encaminhar o pedido de admissão dirigido a diretoria da ABN e anexar cópia do certificado de conclusão de sua área técnica com seus dados cadastrais, nome completo, endereço completo, data de nascimento, telefones de contato, nº CPF e RG, e e-mail.*

### **MEMBRO HONORÁRIO**

O título de Membro Honorário será conferido a médicos ou pesquisadores que tenham se distinguido no progresso das neurociências, devendo a proposta ser apresentada por, no mínimo, 03 (três) Membros Titulares ou Titulares Eméritos da ABN, aprovada pela Assembleia Geral.

### **MEMBRO TITULAR EMÉRITO**

O título de Membro Titular Emérito será concedido ao Membro Titular, médico neurologista com mais de 15 (quinze) anos de filiação à ABN, e com mais de 70 (setenta) anos de idade, mediante parecer da Diretoria (com homologação do CD), baseado em informação anual da Secretaria-Tesouraria Geral.

### **MEMBRO BENEMÉRITO**

O título de Membro Benemérito será conferido a personalidades físicas ou jurídicas que tenham prestado relevantes serviços, ou feito expressivas doações à ABN, devendo a proposta ser apresentada por, no mínimo, 03 (três) Membros Titulares ou Membros Titulares Eméritos, aprovada pela Assembleia Geral.

***Os candidatos a membros Titular, Efetivo, Efetivo Associado, Afiliado, Associado, Aspirante e Aspirante Associado, deverão enviar à Secretaria-Tesouraria Geral:***

- *carta solicitando admissão;*
- *carta de apresentação de 2 membros Titulares;*
- *curriculum vitae resumido;*
- *comprovantes de estar em dia com o CRM e com a Federada da AMB (quando médico);*
- *cópia do diploma de graduação;*
- *documento comprovando suas credenciais para ingressar na categoria à qual se Candidata.*

## **REGULAMENTAÇÃO DOS CRÉDITOS PARA MEMBRO DA ABN**

A obtenção de créditos será baseada nos seguintes critérios:

- por atividades promovidas diretamente pela ABN (três créditos por dia de atividades);
- por atividades científicas promovidas pelos Capítulos Regionais (1 crédito por dia de atividade);
- por atividades co-patrocinadas pela ABN (1 crédito pela atividade total);
- por dissertação aprovada para mestrado (5 créditos);
- por tese de doutoramento aprovada (10 créditos);
- por trabalho científico publicado em revistas médicas indexadas (até 10 créditos).

**Obs.: modelos para os candidatos a Membro Titular, Efetivo, Efetivo Associado, Afiliado e Associado são fornecidos sob a forma de impressos padronizados pela Secretaria-Tesouraria Geral, e encontram-se abaixo:**

À

Secretaria-Tesouraria Geral da

Academia Brasileira de Neurologia

Eu, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, solicito ao Conselho Deliberativo minha admissão na Academia Brasileira de Neurologia na categoria de Membro \_\_\_\_\_, de acordo com o que prescrevem os Estatutos e o Regimento Geral.

\_\_\_\_\_

(Local e Data)

\_\_\_\_\_

(Nome)

\_\_\_\_\_

(Assinatura)

À

Secretaria-Tesouraria Geral da

Academia Brasileira de Neurologia

Eu, \_\_\_\_\_,

Membro Titular da Academia Brasileira de Neurologia tenho o prazer de indicar o nome de

\_\_\_\_\_

como candidato a integrar a ABN. Suas qualidades pessoais e profissionais, bem como sua atuação na área das Neurociências preenchem os requisitos para Membro \_\_\_\_\_, de acordo com o que postulam os Estatutos e o Regimento Geral.

\_\_\_\_\_

(Local e Data)

\_\_\_\_\_

(Nome)

\_\_\_\_\_

(Assinatura)

À  
Secretaria-Tesouraria Geral da  
Academia Brasileira de Neurologia

Eu, \_\_\_\_\_,

Membro Titular da Academia Brasileira de Neurologia tenho o prazer de indicar o nome de

\_\_\_\_\_

como candidato a integrar a ABN. Suas qualidades pessoais e profissionais, bem como sua atuação na área das Neurociências preenchem os requisitos para Membro \_\_\_\_\_, de acordo com o que postulam os Estatutos e o Regimento Geral.

\_\_\_\_\_

(Local e Data)

\_\_\_\_\_

(Nome)

\_\_\_\_\_

(Assinatura)



# CURRICULLUM VITAE

## 1. DADOS PESSOAIS:

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sexo: M (\_\_\_\_) F (\_\_\_\_)

Local de Nascimento: \_\_\_\_\_

Endereço de correspondência: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Telefones de Contato: (\_\_\_\_) Residencial.: \_\_\_\_\_

Celular.: \_\_\_\_\_ Comercial: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Nº CRM/UF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Nº RQE (Registro de Qualificação da Especialidade): \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

Área dentro da especialidade: \_\_\_\_\_

## 2. FORMAÇÃO ACADÊMICA

**Graduação em:** \_\_\_\_\_

Faculdade: \_\_\_\_\_

Período: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**Especialização (mínimo de 8.640 horas):**

Área: \_\_\_\_\_

Tipo (estágio; residência; outros): \_\_\_\_\_

Período: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**Mestrado:**

Especialidade: \_\_\_\_\_

Entidade: \_\_\_\_\_

Período: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**Doutorado:**

Especialidade: \_\_\_\_\_

Entidade: \_\_\_\_\_

Período: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**Docência livre:**

Especialidade: \_\_\_\_\_

Entidade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**3. CARGOS DE TÍTULOS UNIVERSITÁRIOS PRINCIPAIS:**

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

**4. ATIVIDADE PROFISSIONAL:**

***Clínica particular:***

Endereço: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

DDD: (\_\_\_\_\_) Fone: \_\_\_\_\_

***Hospital Escola:***

Entidade: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

Área dentro da especialidade: \_\_\_\_\_

Cargo ou Função: \_\_\_\_\_

Período: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

DDD: (\_\_\_\_\_) Fone: \_\_\_\_\_

***Hospital Público:***

Entidade: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

Área dentro da especialidade: \_\_\_\_\_

Cargo ou Função: \_\_\_\_\_

Período: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

DDD: (\_\_\_\_\_) Fone: \_\_\_\_\_

**Hospital Particular:**

Entidade: \_\_\_\_\_  
Especialidade: \_\_\_\_\_  
Área dentro da especialidade: \_\_\_\_\_  
Cargo ou Função: \_\_\_\_\_  
Período: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

**5. TÍTULO(S) DE ESPECIALISTA:**

Especialidade: \_\_\_\_\_  
Exame: \_\_\_\_\_ Título Universitário: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_  
Local: \_\_\_\_\_  
Tem documento comprobatório: SIM ( ) NÃO ( )  
Especialidade: \_\_\_\_\_  
Exame: \_\_\_\_\_ Título Universitário: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_  
Local: \_\_\_\_\_  
Tem documento comprobatório: SIM ( ) NÃO ( )

**6. ESTATÍSTICA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA (produção já completada):**

Artigos científicos publicados em periódicos  
Especializados Nacionais: \_\_\_\_\_

Artigos científicos publicados em periódicos  
Especializados Estrangeiros: \_\_\_\_\_

Artigos de divulgação científica: \_\_\_\_\_  
Teses defendidas: \_\_\_\_\_  
Teses orientadas: \_\_\_\_\_

**7. RELAÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA (relacionar a citação completa de cada um dos trabalhos científicos já publicados) - em folha anexa.**

**8. COMPROVANTES PRINCIPAIS: enviar cópias dos seguintes Documentos:**

- Diploma de Graduação em Medicina.
- Certificado de conclusão da Residência Médica na Especialidade:
- Situação atual no Conselho Regional de Medicina.
- Situação atual na Associação Médica Brasileira.

**9. AUTORIZO A DIVULGAÇÃO DO MEU CADASTRO PARA OUTRAS ENTIDADES:**

(        ) SIM

(        ) NÃO

---

(Nome)

---

(Assinatura)