



FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO PARA CENTRO DE TREINAMENTO EM CIRURGIA ROBÓTICA DA SBCO

_____, ____ de _____ de _____

À Comissão De Cirurgia Minimamente Invasiva da SBCO:

Eu, _____, cirurgião(ã) oncológico(a) responsável pelo treinamento em cirurgia robótica de especialistas em cirurgia oncológica, solicito acreditação pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica da instituição _____ como Centro de Treinamento em Cirurgia Oncológica Robótica credenciado da SBCO.

O Centro está qualificado para realizar procedimentos minimamente invasivos usando o Sistema Cirúrgico Robótico e cumpre os requisitos definidos pela comissão especial para certificação em Cirurgia Oncológica Robótica da SBCO. Abaixo assino como cirurgião(ã) oncológico(a) membro da SBCO responsável por garantir o cumprimento da normativas da sociedade :

- Contar com equipamento para realização de cirurgias robóticas e simulador para realização de treinamento.
- Ter no seu corpo clínico pelo menos 1 cirurgião(ã) oncológico(a) membro da SBCO certificado(a) para realização de cirurgia robótica.
- O Centro cumpre a normativa para certificação e habilitação em cirurgia oncológica da SBCO.

Cirurgião(ã) Oncológico(a), Membro da SBCO, Supervisor(a) do Programa de Cirurgia Robótica

Diretor(a) Técnico da Instituição

Encaminhar pedido de Certificação de Centro de Treinamento em Cirurgia Oncológica Robótica para cirurgiarobotica@sbco.org.br,