**SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO DE SERVIÇO DE ENSINO E TREINAMENTO EM CIRURGIA DO QUADRIL**

Nome do Serviço:

Endereço completo:

CNPJ:

Contatos: Fone e e-mail do chefe do quadril

**NÚMERO DE PROCEDIMENTOS AO MÊS:**

Artroplastias primárias:

Revisões de artroplastias de quadril:

Fraturas proximais do fêmur:

Fraturas de acetábulo:

Fratura de pelve:

Osteotomias:

Outros:

**MÉDICOS**

Nome:

Qualificação:

Cargo:

Carga horária semanal:

Associado da SBQ desde:

Nome:

Qualificação:

Cargo:

Carga horária semanal:

Associado da SBQ desde:

Nome:

Qualificação:

Cargo:

Carga horária semanal:

Associado da SBQ desde:

Obs.: Será cobrada na data da vistoria a importância de R$ 2000,00 à título de despesas com a visita técnica.