**Currículo aprovado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Data:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FORMULÁRIO DE INGRESSO**

**MEMBRO DISCENTE**

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

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço eletrônico (*e-mail*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data e local de nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Identidade/UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número do CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Será Membro DISCENTE o estudante de medicina que tiver a sua Proposta de Admissão aprovada pela Diretoria:**

Nome da Faculdade/Cidade/UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de início: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de término: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(o comprovante deverá ser encaminhado com esse formulário)**

**FILIAÇÃO AOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS**

Assinale os departamentos de seu interesse para filiação, **são até 3 departamentos**. Informamos que os Departamentos Científicos de História da Neurologia e Neurologia Geral são de filiação automática.

( ) DC de Cefaleia

( ) DC de Distúrbios Vestibulares e do Equilíbrio

( ) DC de Doenças Cerebrovasculares, Neurologia Intervencionista e Terapia Intensiva em Neurologia

( ) DC de Doenças Neurônio Motor / Esclerose Lateral Amiotrófica

( ) DC de Dor

( ) DC de Epilepsia

( ) DC de Líquido Cefalorraquiano

( ) DC de Moléstias Neuromusculares

( ) DC de Neuroepidemiologia

( ) DC de Neurofisiologia Clínica

( ) DC de Neurogenética

( ) DC de Neuroimunologia

( ) DC de Neuroinfecção

( ) DC de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento

( ) DC de Neurologia Infantil

( ) DC de Neuro-oncologia

( ) DC de Neuropatias Periféricas

( ) DC de Neurossonologia

( ) DC de Reabilitação Neurológica

( ) DC de Sono

( ) DC de Transtornos do Movimento

( ) DC de Traumatismo Cranioencefálico

**AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DO CADASTRO PARA OUTRAS ENTIDADES:**

( ) SIM ( ) NÃO

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

 (Assinatura)