



## **SBUS – SOCIEDADE BRASILEIRA DE ULTRA-SONOGRAFIA**

### **REGULAMENTAÇÃO DO SELO DE QUALIDADE PROFISSIONAL DA SBUS**

#### **1) ASPECTOS GERAIS:**

- É concedido, ao médico, que possua boa e reconhecida formação em Ultrassonografia, tenha conhecimento atualizados da Especialidade e realize os exames dentro dos requisitos padronizados pela SBUS.
- Deverá ser afixado junto da assinatura dada no laudo, exclusivamente pelo médico, que realizou o exame.
- É de uso individual e intransferível e seu uso inadequado levará o associado à perda do direito de uso do Selo por 02 anos.
- Será fornecido nas seguintes condições:
  - a) **CONCESSÃO DO SELO:** Terá a duração de 02 anos.
  - b) **RENOVAÇÃO DO SELO:** Obtenção do selo, após 02 anos de concessão.
  - c) **REPOSIÇÃO DO SELO:** Fornecimento de nova série do Selo, durante o período de Concessão.

#### **2) CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO DO SELO:**

- Título da SBUS: **05 pontos.**
- Participação em Congressos ou Eventos oficiais da SBUS: **03 pontos** por evento (em 02 (dois) anos mínimo).
- participação em Jornadas regionais apoiadas **02 pontos** por evento (em 02 dois anos no mínimo).
- Participação em Cursos de Reciclagem, promovido pela SBUS: **01 ponto** por curso.
- Publicação de artigo científico na Revista da SBUS: **02 pontos**
- Publicação de artigo científico sobre US, no Jornal da SBUS: **02 pontos.**
- Aulas dadas em Congressos ou Eventos promovidos e/ou apoiado, pela SBUS: **01 ponto** por aula.
- Trabalhos (Temas Livres) apresentados como Autor, em eventos promovidos ou apoiados pela SBUS **02 pontos.**
- Trabalhos (Temas Livres) apresentados como Co-autor em eventos promovidos ou apoiados, pela SBUS: **01 ponto.**
- Publicação de trabalhos de US, em qualquer revista indexada (pode ser de outras Especialidade), (mas o assunto tem de ser US): **02 pontos.**

3) **REQUISITOS PARA CONCESSÃO DO SELO DE QUALIDADE:**

- Deverá ser sócio da SBUS
- Deverá mostrar boa qualidade profissional, além de adotar a metodologia de qualidade, SBUS nos exames.
- Deverá manter constante atualização.
- Deverá preencher o formulário de solicitação do Selo.
- Deverá reembolsar a SBUS, as despesas efetuadas com o Selo. Estes serão fornecidos até 2.000 unidades, por bimestre, por sócio.
- Deverá obter a pontuação mínima de **10 (dez) pontos**.
- Deverá estar em dia com a tesouraria.

4) **REQUISITOS PARA A RENOVAÇÃO DO SELO:**

- a) Será considerada Renovação, o fornecimento de nova série de Selos, aos sócios que os utilizaram por 02 (dois) anos após a primeira concessão, mediante solicitação.
- b) Preencher o formulário específico fornecido pela SBUS 03 (três) meses antes.
- c) Estar em dia com a Tesouraria.
- d) Relacionar os cursos e atualizações dos últimos 02 (dois) anos e comprovantes.
- e) O total de pontos dos títulos e de cursos, continuará ser 10 (dez).
- f) Terá duração de 02 anos.

5) **REQUISITOS PARA REPOSIÇÃO DOS SELOS:**

- a) Os Selos poderão ser repostos, a cada 02 (dois) meses, em número máximo de 2.000. (Dois mil), mediante solicitação em formulário específico.
- b) O número de reposições será no máximo 12 (doze) em dois anos.
- c) Preencher, formulário específico fornecido pela SBUS, 10 (dez) dias antes.

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE ULTRASSONOGRRAFIA**  
**SOLICITAÇÃO DO SELO DE QUALIDADE DA SBUS**

NOME: \_\_\_\_\_  
Registro SBUS Número: \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ (UF) \_\_\_\_\_  
Clínica(s) onde trabalha \_\_\_\_\_  
Endereço: (Rua, Av., Travessa, etc) \_\_\_\_\_  
N.º \_\_\_\_\_  
Sala: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
Fone: ( ) \_\_\_\_\_ celular: ( ) \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
Endereço para ENTREGA dos Selos (Rua, Av., Travessa, etc): \_\_\_\_\_  
N.º \_\_\_\_\_  
Sala/ Ap.: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
Especialidade 1: \_\_\_\_\_ Especialidade 2: \_\_\_\_\_  
Título de Habilitação da SBUS: \_\_\_\_\_ SIM \_\_\_\_\_ NÃO. Caso SIM: Ano: \_\_\_\_\_  
Relacionar os cursos, Congressos e participações que acreditam pontos, com cópias dos comprovantes:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Solicito o fornecimento de \_\_\_\_\_ Selos de Qualidade na  
condições de Concessão, e estou ciente das condições estabelecidas no Regulamento.  
Assumo a total responsabilidade pela veracidade das informações contidas no presente formulário.

Assinatura do requerente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Obs. Juntar esta solicitação cópia dos comprovantes e encaminha-los à secretaria da SBUS:  
RUA TEODORO SAMPAIO, 352 – CONJ. 53/54 – PINHEIROS  
05406-000 – SÃO PAULO – SP

**Parecer da Comissão:**

( ) Aprovado

( ) Não Aprovado

Ob

