

PROPOSTA PARA MEMBRO

Identificação

Nome: _____

Sexo: M () F () Data de Nascimento: ____/____/____

RG: _____ CPF: _____

Órgão de Classe (CRM/ABFM): _____ UF: _____ Est.Civil: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Dados Residenciais

Endereço: _____

nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

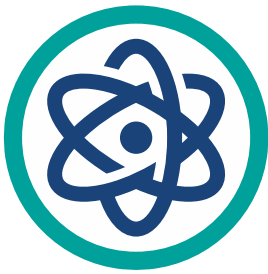
Celular: () _____ E-Mail: _____

Telefone: () _____ Fax: () _____

SBRT
SOCIEDADE
BRASILEIRA DE
RADIOTERAPIA



CNPJ 05.644.027/0001-30 – IE. Isenta
Praça Oswaldo Cruz, 124 - cj. 52. Paraíso
São Paulo - SP. CEP 04004-070. Tel/Fax: (11) 3262-3976
sbradioterapia@sbradioterapia.com.br
www.sbradioterapia.com.br
f/SBRT.Oficial @sbrt_radioterapia



Dados Comerciais

Nome _____ do _____ Serviço: _____

Endereço: _____

nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone: () _____ Fax: () _____

Formação Profissional

Escola(Hospital/Clinica): _____

Cidade: _____ Estado: _____

Início: _____ Término: _____ Possui Título de Especialista: Sim () Não ()

Qual? _____

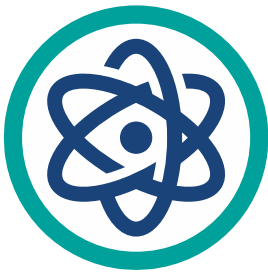
Categoria

- Membro Titular
- Membro Adjunto
- Membro Residente – () R1 () R2 () R3
- Membro Associado
- Membro Correspondente

SBRT
SOCIEDADE
BRASILEIRA DE
RADIOTERAPIA



CNPJ 05.644.027/0001-30 – IE. Isenta
Praça Oswaldo Cruz, 124 - cj. 52. Paraíso
São Paulo - SP. CEP 04004-070. Tel/Fax: (11) 3262-3976
sbradioterapia@sbradioterapia.com.br
www.sbradioterapia.com.br
f/SBRT.Oficial @sbrt_radioterapia



REFERÊNCIAS – Esta Proposta deverá ser assinada por DOIS MEMBROS TITULARES da SBRT.

Nome:

CRM: _____ UF: _____

Assinatura: _____

Nome:

CRM: _____ UF: _____

Assinatura: _____

Membros – Categorias

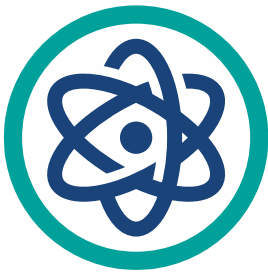
Membros Titulares – Os portadores do Título de Especialista, em radioterapia, concedido ou reconhecido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia, em qualquer de suas áreas de atuação ou pela Sociedade Brasileira de Radioterapia.

Membros Adjuntos – São profissionais que participam do processo de radioterapia (físicos especializados em física médica, enfermeiros, radiobiólogos e técnicos em radioterapia).

Membros Residentes - São os médicos, legalmente registrados no Brasil, realizando residência médica ou curso de especialização, em Radioterapia, desde que aceitos pelos critérios estabelecidos em Assembleia Geral para a Comissão de Admissão.



CNPJ 05.644.027/0001-30 – IE. Isenta
Praça Oswaldo Cruz, 124 - cj. 52. Paraíso
São Paulo - SP. CEP 04004-070. Tel/Fax: (11) 3262-3976
sbradioterapia@sbradioterapia.com.br
www.sbradioterapia.com.br
f/SBRT.Oficial @sbrt_radioterapia



Membros Associados – Médicos, com certificado em área de atuação, relacionada de alguma forma à radioterapia.

Membros Correspondentes – Médicos radioterapeutas que residem no exterior.

Encaminhar com esta Proposta, que deverá ser impressa e preenchida:

- **Cópia do CRM**
- **Cópia do Título de Especialista (Para membros titulares)**

Para uso exclusivo da SBRT

Aprovado

Reprovado

Faltam documentos

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Assinatura

SBRT
SOCIEDADE
BRASILEIRA DE
RADIOTERAPIA

Filiada à:
 AMB
Associação Médica Brasileira

CNPJ 05.644.027/0001-30 – IE. Isenta
Praça Oswaldo Cruz, 124 - cj. 52. Paraíso
São Paulo - SP. CEP 04004-070. Tel/Fax: (11) 3262-3976
sbradioterapia@sbradioterapia.com.br
www.sbradioterapia.com.br
f/SBRT.Oficial @sbrt_radioterapia