



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: () _____

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? _____



PROPOSTA PARA MEMBRO

Categoria

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

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.

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

Membros Correspondentes – Médicos radioterapeutas que residem no exterior.

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

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

Assinatura: _____

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

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

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura