

Sociedade Brasileira de Radioterapia - SBRT

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

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

Sociedade Brasileira de Radioterapia - SBRT

REFERÊNCIAS – Esta Proposta deverá ser assinada por DOIS MEMBROS TITULARES do CBR/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 Assembléia 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.

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

- Currículo RESUMIDO
- 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