



## 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
- (  ) Membro Associado



## Sociedade Brasileira de Radioterapia - SBRT

( ) Membro Correspondente

### 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.

**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, reconhecido pela SBRT, 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**