



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? _____



Sociedade Brasileira de Radioterapia – SBRT
Filiada à Associação Médica Brasileira - AMB



Categoria

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