



## 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? \_\_\_\_\_



**Categoria**

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

**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 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:**

- 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**