



SOCIEDADE PAULISTA DE RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM



CADASTRO DE NOVOS MEMBROS

Obrigatório o preenchimento de todos os campos

Nome: _____

CPF: _____ RG: _____ CRM: _____ UF: _____

Naturalidade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____

Cônjuge: _____

Endereço: _____

Nº: _____ Complemento: _____ Cep: _____ Cidade: _____ UF: _____

Tel. Res: (____) _____ Celular: (____) _____ Tel. Com. (____) _____

Hospital/Clínica: _____

Endereço comercial: _____

Nº: _____ Complemento: _____ Cep: _____ Cidade: _____ UF: _____

E-mail(s): _____

Faculdade: _____ Ano de conclusão: _____

Especialidade: () Medicina Nuclear () Radiologia () Ultrassonografia () Ressonância Magnética () Residente () Especializando
() Tomografia Computadorizada () Outros: _____

Tempo de exercício na Radiologia: _____ Subespecialidade: _____

Local onde fez ou faz residência/especialização: _____ Data de início: ____/____/____ Data do término ____/____/____

Referências de dois membros associados à SPR ou dois membros titulares do CBR:

Nome _____ Telefone: _____

Nome _____ Telefone: _____

Obs.

1. Para efetuar o cadastro é necessário o envio de uma foto 3x4 e currículo resumido, (residentes e especializando devem enviar declaração da residência médica para o e-mail socio@spr.org.br).

2. Declara aceitar e se comprometer a cumprir o estatuto social da SPR (disponível no site da Sociedade spr.org.br/a-spr).

Para uso da diretoria

Aprovado à categoria de membro: _____ Data: _____ Assinatura: _____