



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA E CIRURGIA DO TORNOZELO E PÉ

Rua São Benedito, 1050 - Santo Amaro - CEP: 04735-002 - São Paulo - SP - Brasil

Telefax: (11) 3082-6919

Telefax: (11) 3082-2518

Home Page: www.abtpe.org.br

E-mail: abtpe@terra.com.br

FICHA DE CADASTRO

Nome: _____

Ano de Formatura: _____ Universidade: _____

Residência/Estágio em Ortopedia (Ano e Local) Ano: _____ CRM (nº/UF): _____

Local: _____

Título da SBOT (Ano e Número): () Não () Sim Nº _____ Ano _____

Subespecialidades: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Local: _____ Estado: _____

End. Residencial: _____ Bairro: _____

CEP: _____ - _____ Tel.: (____) _____ Fax: (____) _____

Cidade: _____ Estado: _____

End. Consultório: _____ Bairro: _____

CEP: _____ - _____ Tel.: (____) _____ Fax: (____) _____

Cidade: _____ Estado: _____

Celular: (____) _____

Local de preferência para recebimento de correspondência: () Residência () Consultório

E-mail para receber notícias da ABTPÉ: _____ @ _____

E-mail para ser publicado no site da ABTPÉ: _____ @ _____

Atividades Profissionais ligadas ao ensino (Faculdade de Medicina, Fisioterapia, Educação Física, etc.)?

() Não () Sim Qual?: _____

Ambulatório de Subespecialidade: () Não () Sim Qual?: _____

Cirurgias do Tornozelo/Pé por mês: _____

Plantonista de Urgências em Ortopedia? Não () () Sim

Participação em Congressos Nacionais/Regionais (por ano): () 1 () 2 () 3 () mais de 5

Temas Livres apresentados: () 1 () 2 () 3 () mais de 5 () nenhum

Trabalhos publicados: () 1 () 2 () 3 () mais de 5 () nenhum

Curso/Estágio em Cirurgia do Pé: () Não () Sim Local: _____

Título Universitário: () Mestrado () Doutorado () Livre-Docência () Não

SÓCIOS APRESENTADORES

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____