

FICHA DE CANDIDATURA - MEMBRO TITULAR

Nome: _____

CPF: _____ Ano de Formatura: _____

Universidade: _____

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

Local: _____

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

Nome do serviço/Estágio em medicina e cirurgia do tornozelo e pé: _____

Responsável pelo serviço: _____

Período do estágio: De ____/____/____ a ____/____/____

Subespecialidades: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Cidade: _____ UF: _____

End. Residencial: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ - _____ Tel.: (____) _____ Cel. Pessoal: (____) _____

Cidade: _____ Estado: _____

End. Consultório: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ - _____ Tel.: (____) _____ Cel. Consultório: (____) _____

Cidade: _____ Estado: _____

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: _____

Site: _____

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

() Não () Sim Quais? _____

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

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

SÓCIOS APRESENTADORES

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____ / _____ / 20_____

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____ / _____ / 20_____