

INSTRUÇÃO PARA NOVO SÓCIO

- 1) Preencher a ficha de inscrição abaixo;
- 2) Anexar resumo do Curriculum Vitae;
- 3) Para categoria Residentes é necessário anexar declaração do Programa de Residência Médica;
- 4) Encaminhar os documentos por e-mail para SBM Nacional secretaria@sbmastologia.com.br;
- 5) O setor financeiro da SBM Nacional enviará o boleto por e-mail para pagamento da anuidade.

VALORES DA ANUIDADE

- R\$ 715,00 Membros Associado e Titular
- R\$ 357,50 Membro Filiado
- R\$ 192,00 Membro Residente

CATEGORIA DE MEMBROS

Associados: os médicos que exerçam atividades ligadas à prática ou ao ensino da Mastologia e especialidades afins e que requeiram seu ingresso na SBM, sendo que os Associados serão automaticamente promovidos a Titulares quando da sua aprovação para o TEMA;

Titulares: aqueles que possuem o título de Especialista em Mastologia (TEMa) e que requeiram seu ingresso na SBM;

Filiados: aqueles profissionais de saúde não-médicos que exerçam atividades ligadas à prática da Mastologia e que requeiram o seu ingresso na SBM.

Residentes: médicos que estejam cursando residência médica, ou estágio equivalente, em Mastologia, desde o primeiro dia do referido programa, até o dia 31 de dezembro do segundo ano do mesmo.

a) As residências médicas são reconhecidas por entidades oficiais, MEC e CNRM.

b) Consideram-se estágios equivalentes aqueles com carga horária e teórico-prática iguais à residência médica, desde que realizados em instituições que tenham ao menos alguma residência oficial reconhecida pelo MEC e CNRM.

SEDE SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA:

Praça Floriano, 55 – Sala 801 – Centro – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20031-050

Fone: (21) 2220-7711/2220-7111 – E-mail: secretaria@sbmastologia.com.br - www.sbmastologia.com.br



FICHA DE INSCRIÇÃO

Regional _____

Nome: _____

CRM: _____ Data nascimento: _____ Sexo: Feminino() Masculino()

CPF: _____ RG/Órgão Exped.: _____

Endereço residencial _____

Endereço comercial _____

TELEFONES: Residência () _____ Celular () _____

Consultório () _____ Fax () _____

E-mail _____

Portador do Título de Especialista em Mastologia (TEMa): Sim () Ano _____
Não () RQE nº _____

Especialidade: _____

Assinatura do sócio

_____, _____ de _____ de 20____.