# FICHA DE INSCRIÇÃO

|  |
| --- |
| **DADOS CADASTRAIS** |
| **Regional:** Clique aqui para digitar texto. |
| **Nome:** Clique aqui para digitar texto. |
| **CPF:** Clique aqui para digitar |
| **RG:** Clique aqui para digitar texto. | **Data de nascimento (dia/mês/ano):** Clique aqui para digitar texto. |
| **CRM:** Clique aqui para digitar texto. | **UF CRM:** Escolher um item. |
| **Sexo - Feminino** [ ]  | **Masculino** [ ]  |
|  |
| **ENDEREÇO RESIDENCIAL - RECEBIMENTO DE CORRESPONDÊNCIAS** |
| **CEP:** Clique aqui para digitar texto. |
| **Endereço:** Clique aqui para digitar texto. |
| **Número:** Clique aqui para digitar texto. | **Complemento:** Clique aqui para digitar texto. |
| **Bairro:** Clique aqui para digitar texto. | **UF:**Escolher um item. |
| **Cidade:** Clique aqui para digitar texto. |
| **Celular:** Clique aqui para digitar texto. | **Tel. Residencial:** Clique aqui para digitar texto. |
| **E-mail:** Clique aqui para digitar texto. |
|  |
| **ENDEREÇO CONSULTÓRIO** |
| **CEP:** Clique aqui para digitar texto. |
| **Endereço:** Clique aqui para digitar texto. |
| **Número:** Clique aqui para digitar texto. | **Complemento:** Clique aqui para digitar texto. |
| **Bairro:** Clique aqui para digitar texto. | **UF:** Escolher um item. |
| **Cidade:** Clique aqui para digitar texto. |
| **Tel. Consultório:** Clique aqui para digitar texto. |
| **E-mail:** Clique aqui para digitar texto. |
|  |
|  |
|  |
| **CATEGORIA** |
| [ ]  **Mastologista Titular -**  **Portador do Título de Especialista em Mastologia (TEMa)** | **Ano:** Clique aqui para digitar texto. |
| [ ]  **Mastologista Não Titular (com RQE em Mastologia)** | **Nº RQE:** Clique aqui para digitar texto. |
| [ ]  **Residência médica em Mastologia** |
| **Data de início da Residência:** Clique aqui para digitar texto. | **Data de término da Residência:** Clique aqui para digitar texto. |
| **Outra Especialidade:** Clique aqui para digitar texto. |
|  |
| **Data preenchimento:** Clique ou toque aqui para inserir uma data. | **Cidade:** Escolher um item. |

Declaro para todos os fins de direito e, em especial, para os fins da Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD que ao preencher este formulário de inscrição, para associar-me à Sociedade Brasileira de Mastologia, autorizo a coleta e utilização dos meus dados pessoais, acima preenchidos, e estou ciente que receberei informações relacionados a especialidade, através de correspondências, e-mails, WhatsApp e canais de divulgação desta entidade.

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Assinatura do associado

# EM CASO DE DÚVIDAS, ENTRE EM CONTATO CONOSCO:

# SECRETARIA

# Gisele de França

# secretaria@sbmastologia.com.br

# (21)