**Cadastro**

Nome:

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de nascimento:\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CRM: UF: \_\_\_\_\_\_\_

Local da Residência Médica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ano de conclusão Residência Médica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Você é membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica? Sim( ) Não ( )

Título Especialidade RQE:

Título Especialidade RQE:

Endereço com:

Cidade: UF: CEP:

Endereço res:

Cidade: UF: CEP:

Fone com: ( ) Cel: ( )

E-mail:

Site.

Instagram

Linkedin

Cidade de atuação (pode ser mais de uma):

Hospitais de atuação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quantos Cirurgiões torácicos trabalham com você:

Realiza broncoscopia? ( ) Sim ( ) não

Atende Pneumologia clínica no consultório? ( ) Sim ( ) não.

Permite que seus endereços e telefones comerciais sejam divulgados? ( ) Sim ( )não.

Prefere receber correspondências no endereço: () Comercial ( ) Residencial.

 Outras informações que considera relevantes como, docência, preceptoria, coordenação, chefe de serviço: