**FICHA CADASTRAL CBCP – Colégio Brasileiro de Cirurgia Plástica.**

**INFORMAÇÕES PESSOAIS DO MÉDICO CANDIDATO A MEMBRO.**

| **NOME COMPLETO** |
| --- |
| **CRM DATA DE NASCIMENTO:** |
| **SEXO: M ( ) F( ) NACIONALIDADE:** |
| **Nº DO CPF: IDENTIDADE** |
| **SOU ESTRANGEIRO – PASSAPORTE N.** |
| **ENDEREÇO RESIDENCIAL:** |
| **BAIRRO: CIDADE** |
| **CEP: ESTADO: PAÍS:** |
| **WHATSAPP:** |
| **N DE TELEFONE CONTATO:** |
| **EMAILS:** |

**SOU MEMBRO DAS SOCIEDADES:**

| **SOU PÓS GRADUADO(A) EM:** |
| --- |
| **TENHO FORMAÇÃO CIRÚRGICA? ( ) SIM ( ) NÃO -**  **SE SIM ENVIAR CERTIFICAÇÃO POR EMAIL.** |
| **Após a aprovação, enviar seus dados COMERCIAIS por e-mail para serem incluídos no seu perfil do nosso site. (Endereço de clínica e consultório, foto, telefone, link do Instagram, site, resumo do Curriculum no corpo do e-mail).**  [**secretaria@cbcp.org.br**](mailto:secretaria@cbcp.org.br) |

**( )Sim ( ) Não - Autorizo a inclusão do meu nome no site do**

**COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIA PLÁSTICA - CBCP**

**CASO EU NÃO DESEJE MAIS FAZER PARTE DESTA SOCIEDADE, DEVO ENVIAR UMA SOLICITAÇÃO VIA EMAIL COMUNICANDO O MEU DESCREDENCIAMENTO.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.**

**Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**