



Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte

SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO – TEME 2026

À Diretoria Científica da SBMEE,

Declaro que estou ciente das regras e condições para a solicitação e realização da prova de obtenção do TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA ESPORTIVA – TEME, mencionadas no Edital 2026, disponibilizado no site da SBMEE (www.medicinadoesporte.org.br).

Abaixo disponibilizo dados solicitados para análise (preenchimento obrigatório).

Nome Completo:			
E-mail:			
Data Nascimento:			
RG:	CPF:	CRM/UF:	
Tel. Residencial:	Tel. Comercial:	Celular:	
Endereço Residencial			
Endereço:		Nº:	CEP:
Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF:
Endereço Comercial			
Endereço:		Nº:	CEP:
Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF:
Possui outro título de especialista? SIM NÃO		Qual?	

Certo de vossa atenção, coloco-me à disposição para o que for necessário.

Atenciosamente,

(Assinatura do Solicitante)

_____, ____ de _____ de 2026

(Cidade e Data)

Espaço SBMEE

(☐) Aprovado (☐) Negado

Diretor SBMEE Responsável