

**SOCIEDADE DE ANESTESIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

C.N.P.J 33.962.648-0001/06

INSC. MUN. 00.814.083

RUA PAULO BARRETO, 60 – BOTAFOGO – CEP: 22280-010 – RIO DE JANEIRO

TELEFONE: (21) 2541-6095 FAX: (21) 2541-3283 E-mail: contato@saerj.org.br

FICHA CADASTRAL - MATRÍCULA Nº _____

O abaixo assinado está sendo admitido como membro **ADJUNTO** da Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro e, se compromete a cumprir os Estatutos, Regulamentos e Regimentos em vigor.

DADOS PESSOAIS

| | | | |
|--------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------|----------|
| Nome: | | | |
| Data do Nascimento: | / / | Nacionalidade: | Sexo: |
| Rua: | | | |
| Nº: | Aptº: | Tel: | Celular: |
| Bairro: | | CEP: | |
| Cidade: | | Estado: | |
| E-mail: | | | |
| Diplomado em Medicina pela Faculdade | | | |
| | | | |
| No ano de: | Nº da carteira do CREMERJ: | | Estado: |
| | | | |
| Período de Especialização / / a / / | | | |
| LOCAL DE ESPECIALIZAÇÃO: | | | |
| _____ | | | |
| ESTADO: _____ | | | |
| | | | |
| _____ | | | |
| Assinatura do Proposto | | | |
| C.SBA Nº: | <input type="checkbox"/> | ADJUNTO PARA ATIVO | |
| PE-SAERJ Nº: | <input type="checkbox"/> | NÃO MEMBRO SAERJ/SBA APROVADO PELA SBA COMO MEMBRO ATIVO | |
| | <input type="checkbox"/> | PORTADOR DO TEA COM 5 OU MAIS ANOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA | |

Data da quitação anuidade / /

Data de admissão / /

TESOUREIRO_____
SECRETÁRIO