



**SAERJ**

**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 **ATIVO** 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:	
CE expedido em	/ /	Mês/Ano passagem ATV	/ /
Período de Especialização no CET/SBA	/ /	a	/ /
CET: _____			
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**