



SAERJ

SOCIEDADE DE ANESTESIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CNPJ 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

PROPOSTA Nº _____

O abaixo assinado se candidata a fazer parte como membro **ASPIRANTE** da Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro e, se aceito, se compromete a cumprir os Estatutos, Regulamentos e Regimentos em vigor.

PROPOSTA - 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:

Assinatura do Proposto		

PROPONENTE - PARA MEMBRO ASPIRANTE

Declaro que o(a) Dr(a)		
é Médico em especialização do CET		
devendo cumprir o período de: / / 200 a / /		

Assinatura do Responsável pelo CET		

Data da quitação anuidade / /

Data de admissão / /

TESOUREIRO

SECRETÁRIO