

PROPOSTA Nº _____

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

DADOS PESSOAIS

Nome:		
Data do Nascimento: / /	Nacionalidade:	Sexo:
End.:		
Nº:	Compl.:	Tel: ()
Celular: ()	Bairro:	CEP:
Cidade:	Estado:	
E-mail:	CPF:	
Diplomado em Medicina pela Faculdade		
No ano de:	Inscrição no CREMERJ:	Data: / /
_____ Assinatura do médico em especialização		

RESIDÊNCIA MÉDICA

Declaro que o(a) Dr(a).
é Médico Residente da CNRM no Hospital:
com período a cumprir de: / / 20 a / / 20
OBS.: Proposta apresentada durante o ____ ano da Residência Médica
Nome do Responsável:
_____ Assinatura do Responsável pela Residência Médica

Data da quitação 1ª anuidade / /

Data de admissão / /

TESOUREIRO

SECRETÁRIO

A condição de membro aspirante-adjunto será renovada apenas durante o período de curso de Residência Médica de Anestesiologia, desde que efetuado o pagamento da anuidade do exercício vigente e apresentados os documentos comprobatórios do ano em curso.