

Rua Professor Alfredo Gomes, 36 – Botafogo – CEP 22251-080 – Rio de Janeiro – RJ  
Tel: (21) 3528-1050 E-Mail: [contato@sbahq.org](mailto:contato@sbahq.org) Portal: [www.sbahq.org](http://www.sbahq.org)  
Departamento de Anestesiologia da Associação Médica Brasileira

## PROPOSTA PARA MEMBRO ASPIRANTE-ADJUNTO

O abaixo assinado candidata-se a fazer parte como Membro **Aspirante-Adjunto**, da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, comprometendo-se a cumprir o seu Estatuto, Regulamentos e Regimentos.

DADOS PESSOAIS									
Nome completo:						CPF:			
Nome pelo qual é conhecido:				Data do nascimento:			/	/	
Diplomado em medicina pela faculdade:						ano:			
Nacionalidade:			Sexo:		CRM:			/	UF:
Endereço:									
Complemento:				Número:			Apto./Casa:		
Bairro:			Cidade:			UF:		CEP:	-
Tel.res.:	( )		Tel.com.:	( )		Celular:	( )		
Nextel:	( )		/ ID.:			E-Mail:			

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico em especialização

RESIDÊNCIA MÉDICA									
Declaro que o Dr(a).									
é médico residente da CNRM do hospital:									
devendo cumprir o período de:			/	/	a			/	/
Nome Responsável:									

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável pela Residência Médica

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