

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

PROPOSTA PARA MEMBRO ASPIRANTE

O abaixo assinado candidata-se a fazer parte do quadro associativo da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, como Membro **Aspirante** em período de especialização em CET/SBA, comprometendo-se a cumprir o seu Estatuto, Regulamentos e Regimentos, disponibilizado no site da Sociedade.

DADOS PESSOAIS

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

Assinatura do médico em especialização

PROPONENTE

(Responsável pelo CET)

Declaro que o Dr(a).			
é médico em especialização do CET:			
	Matr.do CET:		
devendo cumprir o período de 36 meses a partir da data de início (art.6º do Regimento dos CETs):	/	/	
Nome Responsável:			
O médico em especialização encontra-se matriculado em programa de Residência Médica MEC/CNRM ?			

Data do preenchimento e assinatura: / /

Assinatura do Responsável pelo CET

ÁREA EXCLUSIVA DA REGIONAL

Proposta recebida:	/	/	Conferida por:		Assinatura:	
--------------------	---	---	----------------	--	-------------	--