



Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo – SAESP
Rua Maestro Cardim, 1.293, conj. 131 - Liberdade - CEP: 01323-001 - São Paulo/ SP
E-mail: saesp@saesp.org.br Fone: (11) 3673-1388
Regional da Sociedade Brasileira de Anestesiologia
Departamento de Anestesiologia da Associação Paulista de Medicina

PROPOSTA PARA MEMBRO ASPIRANTE

O abaixo assinado candidata-se a fazer parte como **MEMBRO ASPIRANTE** da "**Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo – SAESP**", comprometendo-se a cumprir o seu Estatuto, Regulamentos e Regimentos.

PROPOSTO – DADOS PESSOAIS

Nome _____
Nacionalidade _____ Data de nascimento ____/____/____
Sexo () M () F _____ CPF _____
Endereço _____ RG _____
Complemento _____ Bairro _____
CEP _____ Cidade _____ UF _____
Telefone Residencial () _____ Telefone Celular: () _____ Fax () _____
Telefone Comercial () _____ E-mail _____
Diploma em Medicina concedido pela: _____
No ano de: _____ Nº CRM _____ UF _____

Assinatura do Proposto

PROPONENTE – PARA MEMBRO ASPIRANTE

Declaro que Dr(a) _____
É Médico em Especialização do CET _____
Matrícula CET nº _____
Devendo cumprir o período de ____/____/____ à ____/____/____
Nome do Responsável pelo CET _____

Assinatura do Responsável

Para preenchimento da Secretaria SAESP:

Aceito como SÓCIO ASPIRANTE após autorização da Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

Assinatura 1º Secretário SAESP

Data: ____/____/____

Código SAESP	_____
Matrícula SBA	_____