



Sociedade Brasileira  
de Anestesiologia

Matrícula: \_\_\_\_\_

Rua Professor Alfredo Gomes, 36 – Botafogo – CEP 22251-080 – Rio de Janeiro – RJ

Tel: (21) 2537-8100 Fax: (21) 2537-8188

E-Mail: [sba2000@openlink.com.br](mailto:sba2000@openlink.com.br)

Home-Page: [www.sba.com.br](http://www.sba.com.br)

Departamento de Anestesiologia da Associação Médica Brasileira

## PROPOSTA PARA MEMBRO ASPIRANTE OU MEMBRO ESTRANGEIRO

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

### PROPOSTO – DADOS PESSOAIS

Nome:									
Nome Profissional:					Data do Nascimento: / /				
Nacionalidade:						Sexo:			
End.:				Número:		Apto.			
Bairro:		Cidade:			UF:		CEP: -		
Tel.: ( )		Celular: ( )			Fax: ( )				
Pager: ( )		Código:			E-Mail:				
Diplomado em Medicina pela Faculdade									
No ano de:				Nº do CRM:			UF:		

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Proposto

### PROPONENTE – PARA MEMBRO ASPIRANTE

Declaro que o Dr(a)									
é Médico em especialização do CET									
						Matr.do CET:			
devendo cumprir o período de: / /			a		/ /				
Nome Responsável:									

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável pelo CET