



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](mailto:saesp@saesp.org.br) Fone: (11) 3673-1388  
Regional da Sociedade Brasileira de Anestesiologia  
Departamento de Anestesiologia da Associação Paulista de Medicina

## **PROPOSTA PARA MÉDICO AFILIADO**

O abaixo assinado candidata-se a fazer parte como **MÉDICO AFILIADO** 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 \_\_\_\_\_

Fui Diplomado em Medicina pela Faculdade \_\_\_\_\_

No ano de: \_\_\_\_\_ Nº CRM \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Fiz residência do CET \_\_\_\_\_

Ano Início \_\_\_\_\_ Ano Término \_\_\_\_\_

Local de Trabalho 1 \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ Fone ( ) \_\_\_\_\_

Local de Trabalho 2 \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ Fone ( ) \_\_\_\_\_

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

#### **Para preenchimento da Secretaria SAESP:**

Aceito como **MÉDICO AFILIADO** após análise da documentação enviada.

\_\_\_\_\_  
Assinatura 1º Secretário SAESP

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Regional SBA	
Código SAESP	
Matrícula SBA	