



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 MEMBRO ASPIRANTE-ADJUNTO**

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 Residente da CNRM do Hospital: \_\_\_\_\_

Devendo cumprir o período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Responsável \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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	_____