

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

## PROPOSTA PARA MEMBRO ASPIRANTE-ADJUNTO

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

### DADOS PESSOAIS

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico em especialização

### RESIDÊNCIA MÉDICA

Declaro que o Dr(a).					
é médico residente da CNRM do hospital:					
devido cumprir o período de:	/	/	a	/	/
Nome Responsável:					

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável pela Residência Médica

**A condição de membro aspirante-adjunto será renovada anualmente apenas durante o período de curso da Residência Médica de Anestesiologia, desde que efetuado o pagamento da anuidade do exercício vigente e apresentados os documentos comprobatórios do ano em curso.**