



**PROPOSTA PARA MEMBRO ATIVO**

O abaixo assinado candidata-se a fazer parte como membro Ativo da Sociedade de Anestesiologia do Estado de Santa Catarina, comprometendo-se a cumprir o seu Estatuto, Regulamentos e Regimentos.

**PROPOSTA – DADOS PESSOAIS**

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

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
De Acordo:

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Secretário Geral  
da SAESC

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Presidente  
da SAESC