



**Associação Brasileira de
Cirurgia Pediátrica**
desde 1964

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA
Rua Cardeal Arcoverde, 1745 – 12º – Cj.123 – Bloco A – Cep: 05407-002 – SP
Fone/Fax: (11) 3814-6947 / 3032-8955
E-mail: secretaria@cipe.org.br • Site: www.cipe.org.br

PROPOSTA DE SÓCIO

Nome:			
CRM – Estado / Inscrição:			
CPF:			
RQE:			
Endereço Residencial:			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Fone:			
Endereço Profissional:			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Fone:			
Endereço Eletrônico:			

Data Nascimento:			
Data Formatura:		Instituição:	

Título de Especialista (ano)	
-------------------------------------	--

Se fez (ou faz) Residência, indicar local(is) por ordem cronológica

Data de início do exercício da Especialidade	
---	--

Indicar carga percentual de tempo dedicado à Especialidade, especificando hospitais, ambulatórios, consultórios onde exerce a Especialidade



Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica

desde 1964

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

Rua Cardeal Arcoverde, 1745 – 12º – Cj.123 – Bloco A – Cep: 05407-002 – SP

Fone/Fax: (11) 3814-6947 / 3032-8955

E-mail: secretaria@cipe.org.br • Site: www.cipe.org.br

Para uso exclusivo da diretoria da

Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica

Aceita na **Reunião de Diretoria** do dia ___/___/___

Categoria: _____

Presidente

Secretário

Tesoureiro