



**Sociedade Brasileira de
Cirurgia Pediátrica**
desde 1964

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA DA SOCIEDADE MÉDICA BRASILEIRA

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

Fone/Fax: (11) 3814-6947 / 3032-8955 • WhatsApp: (11) 93360-8955

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 e quando finalizou a residência.

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

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



**Sociedade Brasileira de
Cirurgia Pediátrica**
desde 1964

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA DA SOCIEDADE MÉDICA BRASILEIRA

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

Fone/Fax: (11) 3814-6947 / 3032-8955 • WhatsApp: (11) 93360-8955

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

Para uso exclusivo da diretoria da

Sociedade Brasileira de Cirurgia Pediátrica

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

Categoria: _____

Presidente

Secretário

Tesoureiro