



**Sociedade 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 • WhatsApp: (11) 93360-8955

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

**PROPOSTA DE SÓCIO**

|                                  |                |                |             |
|----------------------------------|----------------|----------------|-------------|
| <b>Nome:</b>                     |                |                |             |
| <b>CRM – Estado / Inscrição:</b> |                |                |             |
| <b>CPF:</b>                      |                |                |             |
| <b>RQE:</b>                      |                |                |             |
| <b>Endereço Residencial:</b>     |                |                |             |
| <b>Bairro:</b>                   | <b>Cidade:</b> | <b>Estado:</b> | <b>CEP:</b> |
| <b>Fone:</b>                     |                |                |             |
| <b>Endereço Profissional:</b>    |                |                |             |
| <b>Bairro:</b>                   | <b>Cidade:</b> | <b>Estado:</b> | <b>CEP:</b> |
| <b>Fone:</b>                     |                |                |             |
| <b>Endereço Eletrônico:</b>      |                |                |             |

|                         |  |                     |  |
|-------------------------|--|---------------------|--|
| <b>Data Nascimento:</b> |  |                     |  |
| <b>Data Formatura:</b>  |  | <b>Instituição:</b> |  |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <b>Título de Especialista (ano)</b> |  |
|-------------------------------------|--|

|                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Se fez (ou faz) Residência, indicar local(is) por ordem cronológica e quando finalizou a residência.</b> |
|                                                                                                             |
|                                                                                                             |
|                                                                                                             |
|                                                                                                             |

|                                                     |  |
|-----------------------------------------------------|--|
| <b>Data de início do exercício da Especialidade</b> |  |
|-----------------------------------------------------|--|

|                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Indicar carga percentual de tempo dedicado à Especialidade, especificando hospitais, ambulatórios, consultórios onde exerce a Especialidade</b> |
|                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                    |



**Sociedade 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 • WhatsApp: (11) 93360-8955

E-mail: [secretaria@cipe.org.br](mailto:secretaria@cipe.org.br) • Site: [www.cipe.org.br](http://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