



**SOCIEDADE DE ANESTESIOLOGIA
DE MINAS GERAIS**

Rua Eduardo Porto, 575 – B. Cidade Jardim – Belo Horizonte/MG – Cep: 30.380-060
Tel.: (31) 3291-0901

O abaixo assinado sócio quite da Associação Médica de Minas Gerais requer sua inscrição na
SOCIEDADE DE ANESTESIOLOGIA DE MINAS GERAIS - SAMG.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20 _____

Nome: _____ Data de Nasc.: _____

Naturalidade: _____ Estado Civil.: _____

CI: _____

CPF: _____

Endereço de Residência: _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade.: _____

Fone Residencial: _____ Cel.: _____

Hospital em que trabalha: _____ Fone.: () _____

Diploma pela Faculdade: _____ Ano.: _____

Cursa(ou) o CET: _____ Ano.: _____

E-mail: _____

Abonadores: 1) _____ CRM.: _____

2) _____ CRM.: _____

Assinatura Novo Sócio: _____ CRM.: _____

Parecer da Diretoria:

Aprovado. : _____

Categoria de Sócio: _____

Data de Admissão: _____

Assinatura: _____

ANEXAR UMA FOTOGRAFIA 3x4.