



SOBRACIBU

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA E
TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL

PROPOSTA DE SÓCIO

ILMO. SR. PRESIDENTE DA SOBRACIBU - SÃO PAULO

Eu, abaixo qualificado(a) e que a esta subscreve, venho mui respeitosamente solicitar meu ingresso como membro desta entidade declarando respeitar e acatar os estatutos e o regimento interno, aguardando um parecer favorável desta douto diretoria.

1. Identificação:

Nome: _____

Naturalidade: _____ UF: _____

Nascimento: ____/____/____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

RG: _____ CPF: _____ CRO: _____

E-mail: _____ Celular: _____

2. Endereço Consultório:

R/Av.: _____

Cidade: _____ UF: _____ Cep: ____/____

Fones: _____ Fax: _____

3. Endereço Residencial:

R/Av.: _____

Cidade: _____ UF: _____ Cep: ____/____

Fones: _____

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA: () RESIDÊNCIA () CONSULTÓRIO

4. Formação Universitária:

Graduação Odontológica: _____ Ano: _____

Outras Graduações: _____ Ano: _____

Faculdade: _____ Registro Conselho Regional: _____

5. Pós-Graduação e/ou Especialização:

Nível: _____

Instituição: _____ Conclusão: _____

Nível: _____

SOBRACIBU – SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAL

Site: www.sobracibu.com.br

Facebook: @sobracibu

Email: sobracibu@sobracibu.com.br

Instituição: _____ Conclusão: _____

Nível: _____

Instituição: _____ Conclusão: _____

6. Atuações Hospitalares: _____

Docência em Faculdades ou Instituições: _____

7. Sócio que o (a) indicou: _____

8. Exigências à filiação: Anexar à ficha de proposta e enviar à Sobracibu:

Rua José Rocha Bonfim 214 - Bloco M, sala 221. Jd. Sta. Genebra - Campinas - SP - 13080-650.

- Fotocópia de RG, CPF, CRO, Certidão Ética Profissional emitido pelo CRO do estado de registro e título de Especialização, Residência, Mestrado ou Doutorado se houver;
- 1 foto 3x4;
- Anuidade: Sócio Titular: R\$320,00 / Sócio Efetivo: R\$320,00 / Associado: R\$200,00 / Sócio Acadêmico, Benemérito ou Remido: gratuito;

OBS: informações sobre as categorias associativas disponíveis através do site da SOBRACIBU.

- Formas de pagamento: Depósito bancário, cheque ou boleto emitido pela tesouraria da SOBRACIBU.

São Paulo, _____ de _____ de 20_____

o (a) proponente

PARECER DA DIRETORIA:

Data: ____/____/____ DEFERIDO () INDEFERIDO ()

FAVORÁVEL À CATEGORIA DE SÓCIO _____

DIRETORES:

Nome

Assinatura

Nome

Assinatura

Nome

Assinatura

SOBRACIBU – SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAL

Site: www.sobracibu.com.br

Facebook: @sobracibu

Email: sobracibu@sobracibu.com.br