

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA  
BUCCO-MAXILO-FACIAL - SOBRACIBU  
PROPOSTA DE SÓCIO DOCENTE**

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 d. 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: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Conclusão: \_\_\_\_\_

Nível: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Conclusão: \_\_\_\_\_

**6. Atuações Hospitalares:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Docência em CTBMF em Faculdades: preenchimento obrigatório

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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, título de Especialização, mestrado ou doutorado se houver

Declaração de Prof. de CTBMF da Universidade de Odontologia (obrigatório).

01 Fotos 3x4

Anuidade (sócios docentes isentos)

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

o (a) proponente

PARECER DA DIRETORIA:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DEFERIDO ( ) INDEFERIDO ( )

FAVORÁVEL À CATEGORIA DE SÓCIO DOCENTE

**DIRETORES:**

\_\_\_\_\_

Nome

Assinatura

\_\_\_\_\_

Nome

Assinatura

\_\_\_\_\_

Nome

Assinatura