

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE SEGURO

Av. Franklin Roosevelt, 137- sala 608, Centro, Rio de Janeiro, RJ

Endereço para Correspondência: Rua Senador Dantas 80 – 9º andar, Centro, Rio de Janeiro CEP 20031-205

PROPOSTA PARA MEMBRO EFETIVO

APROVADA EM: ___/___/___

CATEGORIA: MEMBRO _____

DADOS PESSOAIS

Nome Completo: _____

Data do nascimento: ___/___/___ CIC: _____ Identidade: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Filiação: _____

e _____

Registro Profissional Número: _____ Conselho _____

Data expedição: ___/___/___ UF _____

Curso Superior em: _____

Universidade: _____ Diplomado em: ___/___/___

Endereço Residencial: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Tel.: (____) _____ Cel: (____) _____ E-mail: _____

Consultório / Escritório: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Tel.: (____) _____ Cel: (____) _____ E-mail: _____

LOCAIS ONDE EXERCE ATIVIDADE MÉDICA VOLTADA AO SEGURO DE PESSOAS

Empresa: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Tempo de Dedicção: _____

Tel.: (____) _____ Cel: (____) _____ E-mail: _____

Empresa: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Tempo de Dedicção: _____

Tel.: (____) _____ Cel: (____) _____ E-mail: _____

Local e data: _____

Assinatura do Proponente: _____

Proposto(a) por: _____

PREENCHER SEMPRE EM LETRA DE FORMA

Solicitamos Anexar “Curriculum Vitae”, Carta de Apresentação (exigência para Membro Titular) e uma foto 3x4