**FICHA PARA CADASTRAMENTO DE ACADÊMICOS DE MEDICINA - LIGANTES**

**DADOS PESSOAIS**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data de Nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Nacionalidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Naturalidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_\_\_ apto \_\_\_\_\_\_\_CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. fixo: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ESTADO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instituição de Ensino que se encontra matriculado(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Período que está cursando \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Liga Acadêmica que está vinculada (obrigatório fazer parte de liga acadêmica regulamentada na sua instituição de

ensino e filiada à SBA.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Área de atuação vinculada a Liga: ( ) Anestesia ( ) Dor ( ) Medicina Paliativa ( ) outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O que despertou seu interesse pela especialidade – anestesia e área de atuação:

( ) familiar anestesista ( ) desejo pessoal ( ) influência acadêmica (de professor ou de disciplina)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura do(a) Acadêmico(a) (poderá incluir a assinatura digital)

**PARA USO DA SARGS**

( ) comprovante expedido pela instituição de Ensino que se encontra matriculado no curso de medicina

( ) comprovante de que a Liga está cadastrada e aprovada pela SBA

( ) 01 foto 3x4 (digital)

( ) Carteira do CRM ou outro documento de identificação que contenha RG e CPF

( ) comprovante de endereço

Reunião de Diretoria (RD) do dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( ) aprovado ( ) reprovado

Assembleia de Representantes (AR) do dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( ) aprovado ( ) reprovado

Motivo da reprovação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(assinatura do presidente)

DATA DO RECEBIMENTO DA PROPOSTA NA SARGS: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ RECEBIDO POR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_