Apresentamos o Dr.(a). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CREMERS nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que fez Residência Médica em Anestesiologia no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, reconhecido pelo Ministério de Educação e Cultura - MEC, para **SÓCIO ADJUNTO** da Sociedade de Anestesiologia do Rio Grande do Sul (SARGS).

**DADOS PESSOAIS**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Naturalidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_\_\_ apto \_\_\_\_\_\_\_CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone fixo ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ÓRGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da Instituição de Ensino da graduação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ano conclusão graduação \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Início da Residência: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fim da Residência: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

(Assinatura do Sócio Proposto - poderá incluir a assinatura digital)

**PARA USO DA SARGS**

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**:

( ) comprovante de estar inscrito no CREMERS – certidão de quitação atualizada

( ) comprovantes do exercício da Anestesiologia ou certificado de conclusão de residência em anestesiologia em CET credenciado pela CNRM – serão avaliados pela Assembleia de Representantes

( ) pagamento da taxa de inscrição (1/2 anuidade)

( ) comprovante de endereço

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

( ) Foto (digital)

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

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

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

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

(assinatura do presidente)

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