Filiada à Associação Médica Brasileira

sociedade brasileira de pediatria

**REFERÊNCIA DO CADASTRO:** APENAS ATUALIZAÇÃO DE DADOS ☐ MEMBRO NOVO ☐ DOCENTE/COORDENADOR ☐ ALUNO/COORDENADOR ☐

**Favor preencher em letra de forma e enviar via e-mail ligadepediatria@sbp.com.br; ou Correio: R.Santa Clara, 292 – Copacabana – Rio de Janeiro/RJ 22041-012.**

**A VALIDADE DO CADASTRO DO ALUNO É DE 01 ANO, SENDO NECESSÁRIO SUA RENOVAÇÃO. SUJEITO A CONFIRMAÇÃO DE DADOS.**

**1) IDENTIFICAÇÃO (não abreviar o nome)** Matrícula: ___ – ___

NOME

SEXO ☐ M ☐ F DATA DE NASCIMENTO ESTADO CIVIL

IDENTIDADE(RG) ÓRGÃO EXPEDIDOR

CRM ESTADO CPF ___ – ___

NACIONALIDADE NATURALIDADE

E-MAIL

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Nº COMPLEMENTO

BAIRRO CEP

CIDADE ESTADO

TELEFONE CELULAR

INFORMAÇÕES DA GRADUAÇÃO E LIGA:

INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

NOME DA LIGA:

MÊS E ANO CONCLUSÃO DO CURSO: ___ / ___

DATA _____/_____/_____ Assinatura: _____

**SBP-Sede** • R. Santa Clara, 292 - Rio de Janeiro (RJ) - CEP: 22041-012 • 21 2548-1999
**FSBP** • Alameda Jaú, 1742 – sala 51 - São Paulo (SP) - CEP: 01420-002 • 11 3068-8595 / 8618 / 8901 / 8675
**SBP-RS** • R. Carlos Gomes, 328/305 - Porto Alegre (RS) - CEP: 90480-000 • 51 3328-9270 / 9520

**www.sbp.com.br**