



Sociedade Brasileira
de Anestesiologia

Rua Professor Alfredo Gomes, 36 – Botafogo – CEP 22251-080 – Rio de Janeiro – RJ
Tel: (21) 3528-1050 E-Mail: sba@sba.com.br Portal: www.sba.com.br
Departamento de Anestesiologia da Associação Médica Brasileira

Chapa nº _____
(uso exclusivo da SBA)

Ao
Exmo(a).Dr(a).
MD. Presidente da Comissão Eleitoral da SBA

U S O S B A	SBA
	Protocolo de Entrada
	Nº.: _____/_____/_____
	Data: _____/_____/_____
	Postagem: _____/_____/_____
	Rubrica: _____/_____/_____

Requerimento de Inscrição Chapa do Conselho Fiscal

Solicitamos inscrição da seguinte chapa:

CARGO: TITULAR (Uma Vaga)

Nome: _____
Concordo com a indicação do
meu nome ao cargo supra citado: _____
ASSINATURA

CARGO: SUPLENTE (Uma Vaga)

Nome: _____
Concordo com a indicação do
meu nome ao cargo supra citado: _____
ASSINATURA

_____, _____ de _____ de _____