



Sociedade
Brasileira de
Anestesiologia

Rua Professor Alfredo Gomes, 36 – Botafogo – CEP 22251-080 – Rio de Janeiro – RJ
Tel: (21) 3528-1050 E-Mail: contato@sbahq.org Portal: <https://www.sbahq.org>
Departamento de Anestesiologia da Associação Médica Brasileira

Chapa nº _____
(uso exclusivo da SBA)

U
S
O
S
B
A

SBA	
Protocolo de Entrada	
Nº.:	_____/_____/_____
Data:	_____/_____/_____
Postagem:	_____/_____/_____
Rubrica:	_____/_____/_____

Ao
Exmo.Dr. Carlos Eduardo Lopes Nunes
MD. Presidente da Comissão Eleitoral da SBA

Requerimento de Inscrição Chapa Diretoria

Solicitamos inscrição da seguinte chapa:

CARGO: DIRETOR PRESIDENTE

Nome: _____

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

ASSINATURA

CARGO: DIRETOR VICE-PRESIDENTE

Nome: _____

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

ASSINATURA

CARGO: DIRETOR SECRETÁRIO GERAL

Nome: _____

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

ASSINATURA

CARGO: DIRETOR FINANCEIRO

Nome: _____

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

ASSINATURA

CARGO: DIRETOR DO DEP. CIENTÍFICO

Nome: _____

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

ASSINATURA

CARGO: VICE-DIRETOR CIENTÍFICO

Nome: _____

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

ASSINATURA

CARGO: DIRETOR DO DEP. DE DEFESA PROFISSIONAL

Nome: _____

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

ASSINATURA

CARGO: DIRETOR DO DEP. ADMINISTRATIVO

Nome: _____

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

ASSINATURA

CARGO: DIRETOR DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Nome: _____

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

ASSINATURA

_____, _____ de _____ de _____



Sociedade
Brasileira de
Anestesiologia

Rua Professor Alfredo Gomes, 36 – Botafogo – CEP 22251-080 – Rio de Janeiro – RJ
Tel: (21) 3528-1050 E-Mail: contato@sbahq.org Portal: <https://www.sbahq.org>
Departamento de Anestesiologia da Associação Médica Brasileira

Chapa nº _____
(uso exclusivo da SBA)

TERMO DE COMPROMISSO

Pelo presente instrumento, eu (_____
_____), CPF (_____), identidade
(_____), expedida pelo (_____), em (_____), matrícula
SBA (_____) perante a Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA),
AUTORIZO a inclusão do meu nome em documento de inscrição de chapa a ser inscrita
como concorrente à Diretoria da SBA gestão _____-_____.

Assumo o compromisso de executar com zelo e dedicação as atividades relacionadas ao
cargo de _____, me comprometendo a
ser guardião(ã) e cumpridor(a) do Estatuto, Regulamentos e Regimentos da SBA.

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura