



FOTO

ASSOCIAÇÃO GAÚCHA DOS ESPECIALISTAS EM ORTODONTIA E ORTOPEDIA FACIAL

FICHA CADASTRAL E TERMO DE COMPROMISSO DO ASSOCIADO

NOME: _____

Filiação: _____

e _____

Naturalidade: _____ UF: _____ Data de Nascimento: ___/___/___

R.G. _____ CIC: _____

C.R.O. _____ Estado Civil: _____

Nome do Cônjuge: _____

Endereço residencial: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Tel. Residencial: _____ Celular: _____

Endereço Profissional: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Tel. Profissional: _____ e-mail: _____

Graduação: _____ Conclusão: ___/___/___

Especialização: _____ Conclusão: ___/___/___

Mestrado: _____ Conclusão: ___/___/___

Doutorado: _____ Conclusão: ___/___/___

Especialidade registrada no Conselho Regional de Odontologia: _____

Especialidade registrada no Conselho Federal de Odontologia: _____

Atividades Profissionais: _____

(
para uso da SOGAOR) Cadastramento Recadastramento

Tratando-se de RECADASTRAMENTO informar:

Ano de ingresso na SOGAOR: _____

Categoria atual do associado:
 Jubilado Titular Estudante

TERMO DE COMPROMISSO:

Comprometo-me a cumprir o Estatuto da ASSOCIAÇÃO GAÚCHA DOS ESPECIALISTAS EM ORTODONTIA E ORTOPEDIA FACIAL - **S O G A O R** (constante no site www.sogaor.org.br), e o **Código de Ética da Odontologia** em todo o seu teor. Caso venha a infringir os artigos pertinentes à SOGAOR e/ou Código de Ética Odontológico, estarei sujeito ao meu desligamento desta sociedade.

_____, _____ de _____ de 2_____.

assinatura

(para uso da SOGAOR)

paga mensalidade não paga mensalidade

dispensado em definitivo dispensado temporariamente

Jóia paga em: _____/_____/_____

Despacho da Diretoria: _____ Data: ____/____/_____

Diretor Científico: _____

Obs.: _____
