



ABOR-MG

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE
ORTODONTIA E ORTOPEDIA FACIAL

Proposta de associado

Sra. Presidente da ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ORTODONTIA E ORTOPEDIA FACIAL- ABOR-MG,
O abaixo-assinado, cujas informações e documentos solicitados estão em anexo e tem sua veracidade confirmada, vem requerer sua inscrição como ASSOCIADO desta entidade.

Informações Pessoais

Nome completo:

Data de nascimento:

Estado Civil:

NÚMERO RG:

NÚMERO CPF:

Endereço Residencial:

Logradouro (Rua, Av. etc):

Nº:

Complemento:

Bairro:

CEP:

Cidade:

Estado:

Telefone fixo (DDD):

Telefone celular (DDD):

EMAIL 1

EMAIL 2

Página na internet:

Informações Profissionais

TITULAÇÕES :

1) Graduação:

NOME DO CURSO:

INSTITUIÇÃO

DATA DE INÍCIO

DATA DE CONCLUSÃO

CIDADE/ESTADO

2) Especialização:

NOME DO CURSO:

INSTITUIÇÃO

DATA DE INÍCIO

DATA DE CONCLUSÃO

CIDADE/ESTADO

NÚMERO REGISTRO CRO/ESTADO

ATUALMENTE:

Pós-graduando Especialista Ortodontia Mestre Doutor

Endereço Comercial:

Logradouro (Rua, Av. etc):

Nº:

Complemento:

Bairro:

CEP:

Cidade:

Estado:

Telefone 1 (DDD):

Telefone celular (DDD):

Email:

Página na internet:

Endereço para correspondência: Residencial Comercial

Local e data:

Assinatura:

Anexar os seguintes documentos

Diploma de graduação, frente e verso legíveis;
Título de Especialista pelo CRO, frente e verso legíveis*;
Certificado de Especialista, frente e verso legíveis*;
Carteira do CRO;

Alunos de Especialização em Ortodontia, favor encaminhar declaração da Instituição onde esta cursando, informando o início e o término do curso, para serem isentos da anuidade até formar.
Depois formado terá um desconto de 50% da anuidade em vigência, por 2 anos.

Atenção:

A ficha de inscrição e os documentos listados acima deverão ser digitalizados ou salvos em pdf e encaminhados para o email contato@abormg.org.br

Mais informações sobre a ABOR-MG:
tel (31) 3264-9584
celular e whatsapp (31) 9.8899-0769
Site: www.abormg.org.br