



Filiada a IAPD – International Association of Pediatric Dentistry

## Proposta de filiação – Sócio Nacional N°

Titulação: Dr.\_\_\_\_ Prof.\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ CRO-( ) \_\_\_\_\_

Onde é Professor: \_\_\_\_\_

### Endereço para correspondência:

Rua/Av. \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Cheque nominal para **abo-odontopediatria** no valor de **R\$ 100,00 (cem reais)**.

Ou depósito/transfêrencia para **Banco do Brasil Agência 3877-6 Conta Corrente 11241-0**

**Neste caso enviar cópia via fax ou e-mail.**

Data: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

Ano de formatura: \_\_\_\_\_ Faculdade: \_\_\_\_\_

Onde cursou especialização: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Mestrado: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Doutorado: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Envie em carta registrada ou Ar ou sedex para:

**abo-odontopediatria/ Paulo Cesar B. Rédua**

**Av. Mascarenhas de Moraes 2562/104 – Bento Ferreira**

**29052-021 Vitória-ES ou preenchido via e-mail**

[pauloredua@uol.com.br](mailto:pauloredua@uol.com.br)

[www.abodontopediatria.org.br](http://www.abodontopediatria.org.br)