

## ASSOCIE-SE ANUIDADE 2024

Nome Completo:	
Conselho/UF	
RG /Órgão /UF	
CPF	
Especialidade na Área de Saúde	
Endereço Completo com CEP	
Cidade/UF	
E-mail:	
Celular (DDD)	
Telefone Residencial e/ou Comercial (DDD)	

**Seguem as informações para transferência bancária no valor de R\$ 200,00 da anuidade:**

**PIX: (21) 99888-2897**

**Dados Bancários:**

UNICRED – 136

Agência: 4510 – Conta Corrente: 0005210-8

RAZÃO SOCIAL: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

CNPJ: 31.841.455/0001-63

**OBS.:** Após a transferência, favor enviar o comprovante e a ficha de inscrição, por e-mail para: [secretaria.sbdst@gmail.com](mailto:secretaria.sbdst@gmail.com)