



## TERMO DE FILIAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_,  
Nacionalidade \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_,  
Profissão \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_ RG  
\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, endereço profissional  
\_\_\_\_\_ e e-mail  
\_\_\_\_\_, venho requerer a minha filiação como  
associado na categoria \_\_\_\_\_ na Associação Brasileira de  
Psiquiatria (ABP), localizada na Rua Buenos Aires, 48, terceiro andar CEP: 20070 – 022,  
Centro, Rio de Janeiro.

Ao assinar este instrumento, declaro estar ciente do inteiro teor do Estatuto Social da  
Associação, bem como dos direitos e dos deveres impostos aos membros desta  
Associação.

Declaro para fins de direito, sob as penas da lei, que as informações prestadas e  
documentos que apresento para filiação relacionados são verdadeiros e autênticos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) requerente