



## **PROPOSTA PARA ASSOCIADO NA CATEGORIA PLENO**

### **SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA**

**VASCULAR-SBACV**, CNPJ/MF nº 30.113.997/0001-57, e na

**REGIONAL** \_\_\_\_\_, CNPJ/MF nº \_\_\_\_\_

Colar  
fotografia

**\* Enviar 2 (duas) vias originais assinadas.** Ingresso simultâneo, vinculado aos termos dos Estatutos Sociais.

#### **FICHA DE QUALIFICAÇÃO**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: / /

Estado Civil: \_\_\_\_\_ CPF/MF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ SSP/

CRM: \_\_\_\_\_ Diplomado em: / /

Faculdade: \_\_\_\_\_

Hospital de Residência Médica / Especialização: \_\_\_\_\_

Aspirante por 3 (três) anos - desde: / /

#### **CONTATOS**

Endereço Consultório: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

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

Tel. Comercial: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_

( ) Autorizo a disponibilização do meu endereço e telefone comercial para consulta pública no site

Endereço Residência: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

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

Tel. Residencial: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Endereço p/ correspondência: ( ) Consultório OU ( ) Residência

E-mail: \_\_\_\_\_

Declaro, para os devidos fins, que estou ciente das condições e procedimentos para ingresso no quadro associativo da SBACV e de sua Regional retro designada, bem como dos direitos e obrigações descritos em seus Estatutos Sociais.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.  
(data e local da Solicitação)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Solicitante)

#### **INDICAÇÃO DE ASSOCIADOS EFETIVOS OU TITULARES:**

1- Nome: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

2- Nome: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

#### **APROVAÇÃO**

( ) CPF ( ) RG ( ) Diploma ( ) Quite com a Tesouraria ( ) Comprovante de Estágio/Especialização reconhecidos

Aprovado pela Regional em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Presidente da Regional

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Secretário/Presidente da Regional

Recebido pela SBACV Nacional em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura SBACV-Nacional