



## SOLICITAÇÃO DE REINGRESSO

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR**

CNPJ/MF Nº 30.113.997/0001-57

REGIONAL \_\_\_\_\_

\* A aprovação da condição depende da adequação aos termos do Estatuto Social e Regimento Interno.

### QUALIFICAÇÃO

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

CPF/MF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

SSP/ \_\_\_\_\_

DATA DE SAÍDA ANTERIOR DA SBACV: \_\_\_\_\_

REGIONAL ANTERIOR: \_\_\_\_\_

CATEGORIA ANTERIOR (em que estava quando saiu): \_\_\_\_\_

ANEXAR A PROPOSTA PARA A CATEGORIA SOLICITADA PARA REINGRESSO

\*\*\* (Observar que é possível reingressar na mesma categoria ou categorias inferiores, desde que cumpridos todos as condições ATUAIS para a categoria pleiteada, tais como ter Título de Especialista para ingresso na categoria de Efetivo e demais condições Estatutárias)

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

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

### PARA PREENCHIMENTO INTERNO DA SBACV

HISTÓRICO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Em caso de exclusão anterior por inadimplência (informar as condições de pagamento das duas anuidades que restaram atrasadas): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

( ) Ficha de categoria e documentos anexados

Reingresso **APROVADO PELA REGIONAL** em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

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

Reingresso **APROVADO PELA NACIONAL** em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

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