



## SOLICITAÇÃO

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

CNPJ/MF Nº 30.113.997/0001-57

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

**REGIONAL** \_\_\_\_\_

#### **QUALIFICAÇÃO**

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

Categoria: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: / / Estado Civil: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Título de Especialista: \_\_\_\_\_

Certificado de Área de Atuação: \_\_\_\_\_

#### **CONTATOS**

Endereço Consultório: \_\_\_\_\_

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

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

Tel. Comercial: ( ) Fax: ( )

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

Endereço Residência: \_\_\_\_\_

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

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

Tel. Residencial: ( ) Celular: ( )

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

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

Venho solicitar à SBACV-Nacional o que abaixo segue, encaminhando os documentos comprobatórios das condições informadas *(Caso necessário, pode ser anexada outra folha complementar)*:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

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

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