



## **PROPOSTA PARA MEMBRO CORRESPONDENTE**

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

**DE CIRURGIA VASCULAR-SBACV, CNPJ/MF Nº 30.113.997/0001-57**

Colar  
fotografia

\* O ingresso na associação depende de aprovação nos termos do Estatuto Social.

#### **FICHA DE QUALIFICAÇÃO**

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

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

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

CRM: \_\_\_\_\_ Registro no Conselho Local: \_\_\_\_\_

Diplomado em: / /

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

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

Títulos e Especializações: \_\_\_\_\_

#### **CONTATOS**

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

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Outras informações: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

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

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

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

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Outras informações: \_\_\_\_\_ 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\_\_.

(Local e data da Solicitação)

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

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

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

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

#### **APROVAÇÃO**

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

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