



## SOLICITAÇÃO PARA ALTERAÇÃO DE REGIONAL

### **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.

Solicito o desligamento da Regional (ATUAL): \_\_\_\_\_

E o ingresso no quadro de associados da Regional (PARA ONDE VAI): \_\_\_\_\_

Eu, abaixo assinado e qualificado, associado adimplente, venho solicitar à SBACV-Nacional a minha alteração de Regional, em virtude de alteração de endereço profissional, mantendo as mesmas condições e categoria perante a SBACV-Nacional. Após a aprovação da alteração, solicito que meus documentos sejam encaminhados pela Regional anterior para a nova Regional.

#### **QUALIFICAÇÃO**

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

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

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_\_

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

Faculdade: \_\_\_\_\_ Diplomado em (ano): \_\_\_\_\_

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

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

CRM novo: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CRM antigo será mantido? Se sim CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

#### **CONTATOS**

##### **CONTATOS NOVOS:**

End Residencial: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Comp: \_\_\_\_\_

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

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

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

End. Consultório: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Comp: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Solicitação comunicada à Regional (ANTERIOR, de onde está saindo) em \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Solicitação recebida e aprovada pela Regional (NOVA, para onde o associado está indo) em \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Alteração informada para SBACV Nacional em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.