



**SOLICITAÇÃO DE DESCONTO PARA ASPIRANTE em programa de
RESIDÊNCIA (com MEC) ou ESTÁGIO Reconhecido pela SBACV**

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR

CNPJ/MF Nº 30.113.997/0001-57 e na,

REGIONAL _____, CNPJ/MF nº _____

* **Enviar 2 (duas) vias originais assinadas.**

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

* Acompanhar cópia ou original da Ficha de Aspirante do solicitante

FICHA DE QUALIFICAÇÃO

Nome Completo do Aspirante Solicitante: _____

CRM: _____

INFORMAÇÕES SOBRE A RESIDÊNCIA/ESTÁGIO

() Residência (reconhecida pelo MEC) ou () Estágio reconhecido pela SBACV

Curso: _____

Entidade de ensino (escola): _____

Hospital ligado à instituição de ensino: _____

Data de Início: / /

Término previsto para: / / (VALIDADE DESTES COMPROVANTES)

Nome do Preceptor Responsável: _____

DECLARAMOS, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE AS INFORMAÇÕES AQUI DISPOSTAS SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE, SERVINDO A PRESENTE COMO COMPROVANTE EXCLUSIVAMENTE PARA A PRESENTE SOLICITAÇÃO DE DESCONTO NA ANUIDADE DE QUE TRATA ESTE DOCUMENTO.

_____ de _____ de 20___.
(Local e data da Solicitação)

(Assinatura do Preceptor Sócio da SBACV)

(Assinatura do Solicitante)

APROVAÇÃO – Preenchimento pela SBACV

() Quite com a Tesouraria

Aprovado pela Regional em _____ de _____ de 20___. .

DESCONTO CONCEDIDO ATÉ _____/_____/_____

Assinatura do Secretário/Presidente da Regional

Informação recebida pela SBACV Nacional em ____ de _____ de 20___. .

Assinatura SBACV-Nacional