



## **PROPOSTA DE PROGRESSÃO PARA CATEGORIA EFETIVO**

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA**

**VASCULAR-SBACV**, CNPJ/MF nº 30.113.997/0001-57, e na

**REGIONAL** \_\_\_\_\_, CNPJ/MF nº \_\_\_\_\_

Colar  
fotografia

\* **Enviar 2 (duas) vias originais assinadas.** Ingresso simultâneo, vinculado aos termos dos Estatutos Sociais.

### **FICHA DE QUALIFICAÇÃO**

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

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

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

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

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Diplomado em (ano): \_\_\_\_\_

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

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

Título de Especialista em: \_\_\_\_\_ em / /

Pleno por 2 (dois) anos **OU** Aspirante por 3 (três) anos - desde: / /

Socio da AMB (quite) desde: \_\_\_\_\_

### **CONTATOS**

End Residencial: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Comp: \_\_\_\_\_

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

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

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

End. Consultório: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Comp: \_\_\_\_\_

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

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

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

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)

### **APROVAÇÃO**

( ) Quite com a Tesouraria ( ) Título de Especialista ( ) Comprovante de Sócio Adimplente da AMB

Aprovado pela Regional em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

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

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

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