



## SOLICITAÇÃO DE REMIDO

### **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.

#### **FICHA DE QUALIFICAÇÃO**

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **CONTATOS**

End Residêncial: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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.

Solicito a condição de Remido a partir do ano de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

(Local e data da Solicitação)

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

#### **APROVAÇÃO**

(  ) Participação na SBACV por mais que 30 (trinta) anos ininterruptos

(  ) Mais que 65 (sessenta e cinco anos de idade)

(  ) Quite com a Tesouraria na data de Remido

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

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