



## **PROPOSTA DE PROGRESSÃO PARA CATEGORIA TITULAR**

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

CRM: \_\_\_\_\_ Sócio da AMB desde: / /

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

Artigo original ao Jornal da Vascular Brasileiro, sendo aceito para publicação ou publicado há no máximo 6 (seis) meses da data da proposta, na qualidade de primeiro autor, OU;

Monografia original não publicada sobre tema da especialidade, OU;

Título de Livre-Docência ou de Doutor obtido em Instituição de Ensino Superior reconhecido pelo MEC; OU;

100 (cem) pontos, nos 5 (cinco) anos que antecederam ao pedido de progressão, em eventos de educação médica continuada nas especialidades e área de atuação da SBACV, de acordo com as normas do CNA.

Efetivo por 3 (três) anos - desde: / /

#### **CONTATOS**

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

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

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

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

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

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ 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\_\_\_\_.  
(data e local da Solicitação)

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

#### **APROVAÇÃO**

Quite com a Tesouraria  Comprovantes  Título de Especialista pela SBACV

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

Enviado à Comissão de Progressão em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

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

Assinatura \_\_\_\_\_

Comunicado à Regional em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.