



## **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: \_\_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

( ) 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.

### **CONTATOS**

End Residência: \_\_\_\_\_ 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.

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

(Local e data da Solicitação)

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

### **APROVAÇÃO**

( ) Quite com a Tesouraria ( ) Comprovantes (CNA rubricado ou Certificado frente e verso)

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\_\_\_\_.