



INFORMAÇÕES DE REINGRESSO

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR

CNPJ/MF Nº 30.113.997/0001-57

FICHA PARA PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA REGIONAL SÃO PAULO

NÃO ENVIAR AO ASSOCIADO

* ACOMPANHA a Ficha correspondente à categoria à qual é feita a solicitação de reingresso

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

QUALIFICAÇÃO

Nome Completo:

CPF/MF:

RG:

SSP/

DATA DE SAÍDA ANTERIOR DA SBACV:

REGIONAL ANTERIOR (se houver):

CATEGORIA ANTERIOR (em que estava quando saiu):

*****ANEXAR A PROPOSTA PARA A CATEGORIA SOLICITADA PARA REINGRESSO*****

***(Observar que é possível reingressar na mesma categoria ou categorias inferiores, desde que cumpridos todos as condições ATUAIS para a categoria pleiteada, tais como ter Título de Especialista para ingresso na categoria de Efetivo e demais condições Estatutárias)

_____ de _____ de 20__.

(Local e data da Solicitação)

HISTÓRICO:

Em caso de exclusão anterior por inadimplência (informar as condições de pagamento das duas anuidades que restaram atrasadas):

() Ficha de categoria e documentos anexados

Reingresso **APROVADO PELA REGIONAL** em _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Secretário/Presidente da Regional

Reingresso **APROVADO PELA NACIONAL** em _____ de _____ de 20__.

Assinatura SBACV-Nacional