



**SOLICITAÇÃO DE DESCONTO PARA ASPIRANTE em programa de  
RESIDÊNCIA (com MEC) ou ESTÁGIO Reconhecido pela SBACV**

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR**

CNPJ/MF Nº 30.113.997/0001-57 e na,

**REGIONAL SÃO PAULO**, CNPJ/MF nº **03.192.510/0001-04**

\* **Enviar 2 (duas) vias originais assinadas.**

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

\* Acompanhar cópia ou original da Ficha de Aspirante do solicitante

**FICHA DE QUALIFICAÇÃO**

Nome Completo do Aspirante Solicitante: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES SOBRE A RESIDÊNCIA/ESTÁGIO**

Residência (reconhecida pelo MEC) ou  Estágio reconhecido pela SBACV

Curso: \_\_\_\_\_

Entidade de ensino (escola): \_\_\_\_\_

Hospital ligado à instituição de ensino: \_\_\_\_\_

Data de Início: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Término previsto para: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (VALIDADE DESTES COMPROVANTES)

Nome do Preceptor Responsável: \_\_\_\_\_

**DECLARAMOS, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE AS INFORMAÇÕES AQUI DISPOSTAS SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE, SERVINDO A PRESENTE COMO COMPROVANTE EXCLUSIVAMENTE PARA A PRESENTE SOLICITAÇÃO DE DESCONTO NA ANUIDADE DE QUE TRATA ESTE DOCUMENTO.**

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.  
(Local e data da Solicitação)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Preceptor Sócio da SBACV)

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

**APROVAÇÃO – Preenchimento pela SBACV**

Quite com a Tesouraria

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

DESCONTO CONCEDIDO ATÉ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

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

Informação recebida pela SBACV Nacional em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

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