



SOLICITAÇÃO DE REINGRESSO

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR

CNPJ/MF Nº 30.113.997/0001-57

REGIONAL _____

* 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: _____

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____.
(data e local da Solicitação)

(Assinatura do Solicitante)

PARA PREENCHIMENTO INTERNO DA SBACV

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