

**PROPOSTA DE RECONHECIMENTO PARA PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MÉDICA E SERVIÇO PELA SBACV**

Ao Presidente

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR

Sr. Presidente e Membros da Comissão

Solicitamos à Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular a apreciação e subsequente aprovação ao pedido de reconhecimento do Programa:

(Incluir aqui informação completa com o nome do Programa de especialização ou área de atuação) _____).

Da Universidade/Faculdade: *(Incluir aqui nome da instituição de ensino (Faculdade, Universidade, etc.))* _____.

E o reconhecimento do Serviço relacionado no *(incluir o nome do Hospital ou unidade de saúde onde se dá o Programa solicitante)* _____).

Para tanto, encaminhamos esta solicitação e demais documentos assinados: à Sede da SBACV, Rua Estela, 515, Bloco E, sala 21, CEP Cidade de São Paulo/SP, 04011-904.

(Cidade) _____, *(dia)* de *(mês)* de 20 *(ano)*.

Assinatura do Solicitante

Informações do Solicitante:

Nome: _____

CRM: _____ Sócio da SBACV na Categoria: _____

Cargo no Serviço ou Programa: _____

SOLICITAÇÃO DE:	<input type="checkbox"/>	CREDENCIAMENTO
	<input type="checkbox"/>	RECDENCIAMENTO

PROGRAMA EM:	<input type="checkbox"/>	ANGIOLOGIA
	<input type="checkbox"/>	CIRURGIA VASCULAR
	<input type="checkbox"/>	ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR
	<input type="checkbox"/>	Outros - <i>(Preencher)</i>

INFORMAÇÕES DO PROGRAMA:

A - Dados cadastrais (preencher os espaços)

Denominação do Programa de ensino oferecido: <i>(Preencher com a informação sobre a Residência, estágio, especialidade ou área, pós graduação Senso Estrito ou Senso Lato)</i>	
Observação: o termo RESIDÊNCIA só poderá ser utilizado com relação aos Serviços CREDENCIADOS pela COMISSÃO NACIONAL de RESIDÊNCIA MÉDICA (CNRM) do MEC	
Telefones (DDD): ()
E-mail: ()
Site (home page): ()
Serviço (instituição): ()
CNPJ: ()
Cursos ou similares oferecidos pela instituição: <i>(Preencher Formação, Treinamento, Atualização)</i>	
Convênio com: () Universidade () Associação Qual: ()	
Nome do Responsável pelo Serviço ou Programa: ()	
CRM: ()	Data de Nascimento: ()
CPF: ()	Tel Residencial : ()
Tel Residencial: ()	Tel Consultório: ()
Outro: ()	E-mail : ()
Membro da SBACV: () Efetivo () Titular desde: ()	
Título de Especialista pela SBACV/AMB: () Angiologia () Cirurgia Vascular	