SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA

SOLICITAÇÃO PARA EMISSÃO DE
TÍTULO DE ESPECIALISTA OU CERTIFICADO DE ÁREA DE ATUAÇÃO

PREENCHER EM LETRA DE FORMA TODOS OS CAMPOS

1) IDENTIFICAÇÃO (não abreviar o nome)

NOME

SEXO ☐ M ☐ F DATA DE NASCIMENTO

CPF RG

CRM ESTADO ESTADO CIVIL

NACIONALIDADE

NATURALIDADE

ENDEREÇO

BAIRRO CEP

CIDADE ESTADO

TELEFONE CELULAR

E-MAIL

2) TÍTULO/CERTIFICADO SOLICITADO (prova realizada)

☐ **TEC - Titulo de Especialista em Cardiologia**
☐ **Cardiologia Pediátrica**
☐ **Ecocardiografia**
☐ **Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista**
☐ **Ergometria**
☐ **Eletrofisiologia Clínica Invasiva**
☐
☐

OBS.: Seu Título de Especialista ou Certificado de Área de Atuação será emitido de acordo com os dados preenchidos. A Sociedade Brasileira de Cardiologia não se responsabilizará por dados ilegíveis, bem como endereço para envio do Título ou Certificado.

O Título ou Certificado será enviado pela Associação Médica Brasileira, caso o endereço não esteja correto e o documento for devolvido, as despesas de reenvio serão por conta do(a) médico(a).

Prazo para confecção e recebimento do certificado: 120 dias

PARA USO DA ASSOCIAÇÃO DE ESPECIALIDADE/AMB

DATA DE APROVAÇÃO _____/_____/_____ CONFIRMAÇÃO DA ÁREA: _____

PAGO COM: ☐ CHEQUE Banco:_____ Número do Cheque: _____ VALOR: _ **R$ 280,00**

☐ DEPÓSITO EM CONTA (AMB - Associação Médica Brasileira - Banco do Brasil - Agência 4223-4 C/C 115.688-8)

Endereço para envio do formulário e cheque/comprovante de depósito.
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - Avenida Marechal Câmara 160 sala 330 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - 20020-907