



SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA

Av. Marechal Câmara, 160 – 3º andar - Sala: 330

CEP: 20020-907 – Rio de Janeiro - RJ

Telefone: (21) 3478-2700 / Fax: (21) 3478-2770

e-mail: sbc@cardiol.br – site: www.cardiol.br

- Atualização de Cadastro
- Proposta de Filiação – Médico
- Readmissão
- Associado “Colaborador” (profissional de Biociência)
- Associado “Residente”

NOME:

NOME CURTO:

NOME DA MÃE:

CRM: _____ CPF: _____ NASC.: ____/____/____ SEXO: M – Masculino F – Feminino

END RESID:

CIDADE: _____ BAIRRO: _____ UF: ____ CEP: _____

TEL. RESID: (____) _____ FAX RESID: (____) _____ CEL.: (____) _____

TEL. COM: (____) _____ RAMAL: _____ FAX COM: (____) _____ RAMAL: _____

TELEFONE SKYPE: _____

FORMAÇÃO (GRADUAÇÃO) :instituição : _____ Ano : _____

ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail) PESSOAL: _____ @ _____

INDIQUE 03 (TRÊS) OPÇÕES PARA O SEU ENDEREÇO ELETRÔNICO PERSONALIZADO DA SBC - @cardiol.br

1) _____ @ cardiol.br 2) _____ @ cardiol.br 3) _____ @ cardiol.br

Autorizo o direcionamento automático dos e-mail's encaminhados para @cardiol.br para o meu endereço eletrônico pessoal acima mencionado.

1. **ÁREA ESPECÍFICA DE ATUAÇÃO** (especificar): _____
2. **OUTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS** (especificar): _____
3. **ASSOCIADO “COLABORADOR”** - Área de Biociência (especificar): _____ Nº Cons.Regional: _____
4. **ASSOCIADO “RESIDENTE”**: Data Início: ____/____/____ Data Conclusão: ____/____/____
Instituição Treinadora: _____
Obs.: Encaminhar documentação comprovando estar cumprindo um programa oficial de formação na área cardiológica.

SOU FILIADO / DESEJO ME FILIAR AO(S) SEGUINTE(S) DEPARTAMENTO(S) DA SBC:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGIA CLÍNICA | <input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA (R\$200,00) |
| <input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO DE ATEROSCLEROSE | <input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO DE ERGOMETRIA E REABILITAÇÃO (R\$80,00) |
| <input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO FISIOLOGIA CARDIORRESPIRATÓRIA | <input type="checkbox"/> SOC. BRAS. ARRITMIA CARDÍACA (11) 5543-1824 |
| <input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO DE HIPERTENSAO ARTERIAL | <input type="checkbox"/> SOC.BRAS.CIRURGIA CARDIOVASCULAR (11) 3849-0341 |
| <input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO DE CARDIOGERIATRIA | <input type="checkbox"/> SOC. BRAS .HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (11) 3849-5034 |
| <input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGIA DA MULHER | <input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO DE ECOCARDIOGRAFIA - (11) 3259-2988 |
| <input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA | |

LOCAL: _____ DATA: ____/____/____.

ASSINATURA: _____