



# 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](mailto:sbc@cardiol.br) – site: [www.cardiol.br](http://www.cardiol.br)

## CATEGORIAS DE FILIAÇÃO

Associado “Médico”

R\$ 627,00

Associado “Colaborador”

R\$ 181,50

Associado “Residente”

R\$ 181,50

Associado “Acadêmico”

R\$ 115,50

Readmissão

R\$ 627,00

## PREENCHER COM LETRA DE FÔRMA E LEGÍVEL.

Nome: \_\_\_\_\_

Nome curto: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Nome do Pai: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

End. Correspondência: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

☎ Residencial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax Residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

☎ Comercial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ramal: \_\_\_\_\_ Fax Comercial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ramal: \_\_\_\_\_

Skype : \_\_\_\_\_ Formação (graduação) instituição: \_\_\_\_\_ Ano : \_\_\_\_\_

E-mail Pessoal: \_\_\_\_\_

Indique abaixo 03 (três) opções para o seu E-mail personalizado da SBC ([@cardiol.br](mailto:@cardiol.br))

1) \_\_\_\_\_ [@cardiol.br](mailto:@cardiol.br) 2) \_\_\_\_\_ [@cardiol.br](mailto:@cardiol.br) 3) \_\_\_\_\_ [@cardiol.br](mailto:@cardiol.br)

( ) Solicito que as mensagens encaminhadas para o meu endereço da SBC ([@cardiol.br](mailto:@cardiol.br)) sejam direcionados para o meu E-mail pessoal.

Área específica de atuação: \_\_\_\_\_

Outras especialidades médicas: \_\_\_\_\_

Associado “Colaborador” - Área de Biociência (especificar): \_\_\_\_\_ Conselho Regional: \_\_\_\_\_

Associado “Residente”: Data Início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - Data Conclusão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Instituição Treinadora: \_\_\_\_\_

**Obs.: Encaminhar documentação comprovando estar cumprindo um programa oficial de formação na área de Cardiologia Clínica.**

Associado “Acadêmico”: Estou cursando o 6º ano de graduação na Faculdade: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Previsão de Término: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

### Sou filiado/desejo me filiar ao(s) Departamentos Científicos da SBC assinalados abaixo:

( ) Departamento de Aterosclerose	( ) Departamento de Cardiologia Pediátrica – <b>R\$ 250,00</b>
( ) Departamento de Cardiogeriatría	( ) Departamento de Ergometria e Reabilitação – <b>R\$ 110,00</b>
( ) Departamento de Cardiologia Clínica	( ) Departamento de Imagem Cardiovascular - ☎(11) 3259-2988
( ) Departamento de Cardiologia da Mulher	( ) Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas – ☎(11) 5543-1824
( ) Departamento de Fisiologia Cardiorespiratória	( ) Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular – ☎(11) 3849-0341
( ) Departamento de Hipertensão Arterial	( ) Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista - ☎(11) 3849-5034
( ) Departamento de Insuficiência Cardíaca	

**Obs.1: Filiação à SBC: Deverá ser paga através de cheque cruzado e nominal à Sociedade Brasileira de Cardiologia.**

**Obs.2: Filiação aos Departamentos: Deverá ser paga através de cheque cruzado e nominal ao Departamento específico.**

Local: \_\_\_\_\_ | Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura