

**MODELO DE REQUERIMENTO PARA INSCRIÇÃO  
NO EXAME DE SUFICIÊNCIA PARA OBTENÇÃO DO  
CERTIFICADO DE ÁREA DE ATUAÇÃO EM  
ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR**

\_\_\_\_\_ (NOME), inscrito no Conselho Regional de Medicina de \_\_ (UF) sob o nº \_\_\_\_\_, solicita inscrição no Exame de Suficiência para Obtenção do Certificado de Área de Atuação em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular, a ser realizado no Rio de Janeiro no ano de 2008.

Sócio da SBACV: ( ) Sim ( ) Não

Data e Assinatura