Sociedade Brasileira de Cardiologia

Centro de Treinamento de Emergências Cardiovasculares

FICHA CADASTRAL

Curso: ☐ ☐

Data do curso: ____ e ____ /____ / _____ **LOCAL:** ☐ **SP** ☐ **RJ**

***CPF:** ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐ **CRM OU COREM:** ☐☐☐☐☐☐☐☐

Nome completo: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Endereço: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Bairro: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

CEP: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐

Cidade: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ UF: ☐☐

Telefone Res: ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐

Comercial: ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐

Celular: ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Profissão: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Hospital: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Telefone Hospital: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Endereço do Hospital: ☐☐

E-mail: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Indicação para Realização do Curso: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Telefone para Contato: ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

E-mail para Contato: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Estou ciente que os dados aqui cadastrados serão utilizados para emissão do certificado e para o envio do livro.

_____

Assinatura