



Av. Brigadeiro Luis Antônio, 278 - 7º andar
CEP 01318-901 São Paulo - SP
Fone: (11) 3106 7544 Fax: (11) 3106 8611
sbmee@medicinadoesporte.org.br
www.medicinadoesporte.org.br

SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO - TEME

_____, de _____ de 2017

À
Diretoria Científica da SBMEE

Declaro que estou ciente das regras e condições para a solicitação e realização da prova de obtenção do **TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA ESPORTIVA – TEME**, mencionadas no Edital disponibilizado no site do **29º CBMEE em 2017**.

Abaixo disponibilizo dados solicitados para análise.

Nome Completo:			
E-mail:			
RG:	CPF:	CRMUF:	
Tel. Residencial:	Tel. Comercial:	Celular:	
Endereço Residencial			
Endereço:		Nº:	CEP:
Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF:
Endereço Comercial			
Endereço:		Nº:	CEP:
Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF:

Certo de vossa atenção me coloco a disposição para o que for necessário.

Atenciosamente,

(Assinatura do Solicitante)

Espaço SBMEE

()Aprovado

()Negado

Médico Responsável