



Sociedade Brasileira de Análises Clínicas[®]

Rua Vicente Licínio, 99 – Rio de Janeiro – RJ – 20270-902 - Brasil
Tel.: (21) 2187-0800 – Fax: (21) 2187-0805
Home-page: www.sbac.org.br – e-mail: geral@sbac.org.br

PROPOSTA DE SÓCIO EFETIVO

A proposta entregue não é suficiente para usufruir dos direitos de Sócio Efetivo. A proposta está sujeita à análise e aprovação da CNH e ao recebimento de todos os documentos. Os direitos do Sócio Efetivo se iniciam após a aprovação.

1. INSTRUÇÕES

1.1 Profissionais:

- 1.1.1 O anverso desta proposta também deve ser preenchido e é necessário para a expedição do Diploma de Sócio Efetivo e da Carteira de Sócio;
- 1.1.2 Preencher à máquina ou em letra de forma, legível e sem rasura;
- 1.1.3 É **indispensável** anexar os documentos: **1 cópia do diploma de graduação, 2 fotos 3x4 cm, com o nome completo escrito no verso e cheque nominal, cruzado, em favor da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas, no valor da taxa de inscrição e da anuidade;**
- 1.1.4 Profissionais com menos de 01(um) ano de formado, estão isentos da anuidade;
- 1.1.5 Remeter para a SBAC Nacional no endereço acima.

1.2 Acadêmicos:

- 1.2.1 O anverso desta proposta também deve ser preenchido e é necessário para a expedição da Carteira de Sócio.
- 1.2.2 Preencher à máquina ou em letra de forma, legível e sem rasura.
- 1.2.3 É **indispensável** anexar os documentos: Declaração da Faculdade, constando o período que está cursando (apenas estudantes da Faculdade de Farmácia ou qualquer outra, capacitada a exercer as Análises Clínicas, que estejam cursando os dois últimos períodos ou último ano, da mesma), 02 fotos 3x4 cm, com o nome completo escrito no verso.
- 1.2.4 Acadêmicos estão isentos do pagamento da taxa de inscrição e anuidade;
- 1.2.5 Remeter para a SBAC Nacional no endereço acima

2. VALORES

Taxa de Inscrição	Anuidade	TOTAL
30,00	155,00	185,00

3. REQUERIMENTO

Senhor Presidente,

Nome _____

abaixo assinado, portador do diploma de _____

obtido em ____/____/____, pela Faculdade _____

da Universidade _____

e inscrito no CR _____ sob o número _____, vem solicitar sua admissão como Sócio da Sociedade Brasileira de Análises

Clínicas, comprometendo-se a aceitar as Normas Estatutárias da Sociedade.

Nestes termos, pede deferimento.

Local e data _____

Assinatura _____

4 - PARECER DA CNH – COMISSÃO DE NORMAS DE HABILITAÇÃO

Data de Recebimento		Data de parecer
Deferido <input type="checkbox"/>	Indeferido <input type="checkbox"/>	Assinatura

F
I
L
I
A
D
A
À

IFCC - INTERNATIONAL FEDERATION OF CLINICAL CHEMISTRY AND LABORATORY MEDICINE
COLABIOCLI - CONFEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE BIOQUÍMICA CLÍNICA
ABNT - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS
CLSI - CLINICAL AND LABORATORY STANDARDS INSTITUTE
AMN - ASOCIACION MERCOSUR DE NORMALIZACION
ONA - ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO

Número SBAC



Sociedade Brasileira de Análises Clínicas[®]

Rua Vicente Licínio, 99 – Rio de Janeiro – RJ – 20270-902 - Brasil
Tel.: (21) 2187-0800 – Fax: (21) 2187-0805
Home-page: www.sbac.org.br – e-mail: geral@sbac.org.br

5. DADOS PESSOAIS			
Nome			
Natural		Estado	Data de Nascimento
Identidade expedida por e nº		CPF	Conselho Regional e nº
Pai		Mãe	
Endereço Residencial			Número
Bairro			Cidade
CEP			Estado
Telefone (0)		Fax (0)	
E-mail			

6. DADOS PROFISSIONAIS			
6.1 – Laboratório <input type="checkbox"/> Instituição <input type="checkbox"/>			
Nome			
Endereço			Número
Bairro			Cidade
CEP			Estado
Telefone ()		Fax ()	
E-mail			
6.2 – Cargo no Laboratório			
Proprietário <input type="checkbox"/>	Sócio <input type="checkbox"/>	Empregado <input type="checkbox"/>	Autônomo <input type="checkbox"/>
6.3 – Especialidade(s):			
Anátomo patologia <input type="checkbox"/>	Bioquímica <input type="checkbox"/>	Citopatologia <input type="checkbox"/>	Hematologia <input type="checkbox"/>
Imunologia <input type="checkbox"/>	Microbiologia <input type="checkbox"/>	Parasitologia <input type="checkbox"/>	Qualidade <input type="checkbox"/>
Urinálise <input type="checkbox"/>	Outra (citas)		
6.4 – Constituição do Laboratório:			
Pessoa Física <input type="checkbox"/>	Firma <input type="checkbox"/>	Sociedade Ltda <input type="checkbox"/>	S.A. <input type="checkbox"/>
6.5 – Você é Responsável Técnico deste laboratório ou instituição? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			

7. OUTROS DADOS DO LABORATÓRIO	
É inscrito no PNCQ – Programa Nacional de Controle de Qualidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tem um sistema de qualidade implantado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> ISO 9002 <input type="checkbox"/> BPLC <input type="checkbox"/> Não
Os demais sócios são inscritos na SBAC?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

8. VOCÊ DESEJA	
Fazer o concurso para o Título de Especialista em Análises Clínicas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Enviar trabalho para publicação na Revista Brasileira de Análises Clínicas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Enviar trabalho de tema-livre para o Congresso Brasileiro de Análises Clínicas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

9. OBSERVAÇÕES