



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 2020

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

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 2020, disponibilizado no site da SBMEE ([www.medicinadoesporte.org.br](http://www.medicinadoesporte.org.br)).  
Abaixo disponibilizo dados solicitados para análise (preenchimento obrigatório).

Nome Completo:			
E-mail:			
RG:		CPF:	Data Nascimento: CRM/UF:
Tel. Residencial:		Tel. Comercial:	Celular:
<b>Endereço Residencial</b>			
Endereço:		Nº:	CEP:
Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF:
<b>Endereço Comercial</b>			
Endereço:		Nº:	CEP:
Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF:
Possui outro título de especialista? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Qual?	

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

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Solicitante)

Espaço SBMEE

( ) Aprovado

( ) Negado

\_\_\_\_\_  
Diretor SBMEE Responsável