**SOLICITAÇÃO DA DECLARAÇÃO DE APTIDÃO EM CIRURGIA ONCOLÓGICA DIGESTIVA**

OFÍCIO 0258/2008 E 102/2021 DA AMB

|  |
| --- |
| **NOME:** |
|  |
| **DATA DE NASCIMENTO:** |
|  |
| **CPF:** |
|  |
| **ENDEREÇO:** |
|  |
| **Nº: COMPLEMENTO:** |
|  |
| **BAIRRO: ESTADO:** |
|  |
| **CEP:** |
|  |
| **TEL: ( ) CEL: ( )** |
|  |
| **E-MAIL:** |

1. Preencha o formulário abaixo;

2. Envie o formulário preenchido para **titulos@cbcd.org.br**

3. Você receberá a confirmação dos requisitos de solicitação e os dados para o pagamento por e-mail.

**ATENÇÃO:**

* O prazo de envio é de 120 dias, a contar da data de confirmação do Departamento de Títulos sobre os requisitos corretos e do pagamento.
* Não nos responsabilizamos por **erro na digitação** do nome e endereço de envio.
* Solicitação de segunda via da declaração, será cobrado o mesmo valor.