

## INSCRIÇÃO PARA NOVOS SÓCIOS SJM

### DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO:

- Preenchimento da ficha cadastral;
- 01 foto 3x4;
- Requerimento dirigido ao Presidente da SJM solicitando filiação;
- Atestado de recomendação de dois colegas sócios e em dia com a tesouraria da SJM, de preferência da mesma especialidade;
- Declaração de que concorda com os termos do estatuto da SJM;
- Cópia da carteira do CRM de Santa Catarina;
- Cópia do Diploma Médico;
- Cópia do Título de Especialista reconhecido pela AMB ou cópia do Certificado de Residência Médica reconhecida pelo MEC, ambo com RQE fornecido pelo CRM, (exceto para o Departamento de Medicina Geral Comunitária);
- Cópia do Curriculum Vitae;
- Pagamento da Taxa de Inscrição.

Taxa de inscrição (R\$ 120,00 sócio efetivo / R\$ 60,00 sócio residente)

Pagamento via Pix Santander - Chave CNPJ: 83 436 014 0001 80

Pagamento via Pix Unicred – Chave E-mail: [sjm@sjm.com.br](mailto:sjm@sjm.com.br)

No pagamento da anuidade o médico ganha desconto de uma mensalidade.

Foto 3x4

Dados Cadastrais			
Nome:		CRM:	
Especialidade Principal:		RQE:	
Outras Especialidades:		RQE:	
Formatura: __/__/____	Instituição:		
Celular:	E-mail:		
End. Res.:			
Bairro:	CEP:	Tel. Res.:	
End. Cons.:			
Bairro:	CEP:	Tel. Cons.:	
E-mail Consultório:			
Hospital em que trabalha:			
Hobby/Esporte:		Idiomas:	
Identificação			
Nasc: __/__/__	RG:	Data Exp: __/__/__	CPF
Nacionalidade:		Natural de:	
Título de Eleitor:	Zona:	Seção:	
Dependentes			
Esposa(o):		Data Nasc.:	
Filho(a):		Data Nasc.:	
Filho(a):		Data Nasc.:	
Filho(a):		Data Nasc.:	

Joinville, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Ilmo Sr.

**Dr. Claudio Henrique do Amaral**

Presidente da Sociedade Joinvilense de Medicina

Senhor Presidente,

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, médico, natural de \_\_\_\_\_, filho de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_, residente nesta cidade à Rua \_\_\_\_\_, venho mui respeitosamente solicitar à V.S.a., a minha inscrição como sócio nesta entidade de classe.

Atenciosamente,

Dr.(a): \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Joinville, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Ilmo Sr.

**Dr. Claudio Henrique do Amaral**

Presidente da Sociedade Joinvilense de Medicina

Senhor Presidente,

Através desta, vimos recomendar à Sociedade Joinvilense de Medicina, o(a) Dr.(a):

\_\_\_\_\_

Por ser de elevados dotes éticos profissionais, sentimo-nos a vontade e seguros nesta apresentação.

Sendo gratos pela atenção que derem ao nosso recomendado, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

Dr.(a) \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

Dr.(a) \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO

Eu, abaixo assinado, médico, residente nesta cidade, declaro que li o Estatuto da Sociedade Joinvilense de Medicina, estando de pleno acordo com os termos nele contidos.

Joinville, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

Dr.(a): \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A COBRANÇA DAS MENSALIDADES

Valor da mensalidade: **R\$ 120,00 - Sócio Efetivo**  
**R\$ 60,00 - Sócio Residente**

Formas de pagamento:

- **Boleto:**

( ) Boleto bancário entregue via whatsapp

Telefone: \_\_\_\_\_

- **Débito**

( ) Produção da Unimed (formulário abaixo)

( ) Banco Unicred - DDA

- **Anuidade (desconto de 1 mensalidade)**

( ) Sócio Efetivo

( ) Sócio Residente

O pagamento pode ser efetuado via Pix, cartão de débito ou boleto bancário.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM PRODUÇÃO MÉDICA

Eu, \_\_\_\_\_, profissional médico inscrito no CRM/SC nº \_\_\_\_\_ e devidamente cooperado à Unimed de Joinville – Cooperativa de Trabalho Médico, em razão de assinatura de Termo de Parceria firmado entre a Sociedade Joinvilense de Medicina – SJM e a cooperativa ao qual estou vinculado, **AUTORIZO** o desconto, em minha produção médica, do valor do equivalente a uma consulta médica – local por mês. Tal valor não poderá ser retroativo ou acumulativo, ou seja, a autorização de desconto somente poderá ocorrer no mês corrente, reservando-me ao direito de revogar essa autorização em qualquer tempo.

Sem mais para o momento, dato e firmo a presente autorização.

Joinville, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
CRM/SC nº \_\_\_\_\_