

INSCRIÇÃO PARA NOVOS SÓCIOS SJM

DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO:

- Preenchimento da ficha cadastral;
- 01foto 3x4;
- Requerimento dirigido ao Presidente da SJM solicitando filiação;
- 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.
- Termo de Autorização de Desconto em Produção Médica (Unimed)
- Termo de Autorização de desconto em débito Unicred

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

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

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: _____

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 e-mail

() Boleto bancário entregue via whatsapp

Telefone: _____

- **Débito**

() Produção da Unimed (formulário abaixo)

() Banco Unicred – Débito (formulário abaixo)

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

() Sócio Efetivo

() Sócio Residente

O pagamento pode ser efetuado via Pix. Chave CNPJ 83.436.014.0001-80

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 firmação 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 _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM DÉBITO UNICRED

Joinville, ____ de _____ de 2025.

BANCO UNICRED

Prezados Senhores,

Eu, **Dr(a).** _____, com **CRM**_____,
autorizo o débito da mensalidade da Sociedade Joinvilense de Medicina
no valor de **R\$ 120,00 reais** em minha conta corrente
n.º_____ **agência** _____ a partir do mês de
_____/ 2025.

Atenciosamente,

Dr.: _____

CRM: _____