

## **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**

<b>Dados Cadastrais</b>			
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:		
<b>Identificação</b>			
Nasc: ___ / ___ / ___	RG:	Data Exp: ___ / ___ / ___	CPF
Nacionalidade:		Natural de:	
Título de Eleitor:	Zona:	Seção:	
<b>Dependentes</b>			
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:** \_\_\_\_\_