

INSCRIÇÃO DE NOVOS SÓCIOS

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS 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 do Título de Especialista reconhecido pela AMB ou cópia do Certificado de Residência Médica reconhecida pelo MEC, ambos com o Registro de qualificação de Especialista - RQE fornecido pelo CRM, (**Exceto para o Departamento de Medicina Geral Comunitária**);
- Cópia da carteira do CRM de Santa Catarina;
- Cópia do diploma médico;
- Cópia do Curriculum Vitae;
- Pagamento da Taxa de Inscrição.

TAXAS A SEREM COBRADAS PELA SJM:

- Taxa de inscrição no valor de R\$ 90,00.
- Mensalidade no valor de R\$ 90,00. - No pagamento da anuidade o médico ganha desconto de uma mensalidade.

Obs.: Após a aprovação do cadastro, entraremos em contato para finalização do processo de inscrição

Foto 3x4

Dados Cadastrais			
Nome:		CRM:	
Especialidade Principal:		RQE:	
Outras Especialidades:		RQE:	
Formado em: __/__/__	Faculdade:		
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\$ 90,00 - Inteira**
R\$ 45,00 - Meia (Para sócios Residentes)

Formas de pagamento:

- Boleto:

() Boleto bancário entregue via whatsapp

Telefone: () _____

() Boleto bancário entregue via e-mail

E-mail: _____

- Débito em conta corrente:

() Banco Unicred

Solicitar na secretaria da SJM o termo de autorização

() Banco Santander

Solicitar na secretaria da SJM o termo de autorização e comparecer na agência Santander anexa ao Hospital Unimed Joinville para fazer cadastro biométrico.

- () Anuidade – R\$ 1.080,00:

Para os pagamentos efetuados entre janeiro e março de cada ano, o associado tem desconto de uma mensalidade (R\$90,00 ou R\$45,00). O pagamento pode ser efetuado em dinheiro ou cheque na secretaria SJM, cartão de débito ou boleto bancário.

Assinatura: _____

Nome: _____ CRM: _____ Data: ___/___/___

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM PRODUÇÃO MÉDICA

Eu, _____,
profissional médica inscrita no CRM/SC nº _____ e devidamente cooperada à Unimed de Joinville – Cooperativa de Trabalho Médico, em razão de assinatura do Termo de Parceria firmado entre a Sociedade Joinvilense de Medicina – SJM e a cooperativa ao qual estou vinculado(a), **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 _____

Joinville, ____ de _____ de ____.

UNICRED NORTE CATARINENSE

Atenção: **Dr. Murilo Miguez - Presidente**

Prezado Senhor,

Eu, **Dr(a).** _____, com **CRM** _____ autorizo o débito da mensalidade da Sociedade Joinvilense de Medicina no valor de **R\$** _____ de minha conta corrente **n.º** _____ **agência** _____ a partir do mês de _____ / 20__.

Atenciosamente,

Dr. _____

CRM - _____