



Proposta para Associado - Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas

FUNDADA EM 1º DE DEZEMBRO DE 1925 - FILIADA À ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA ÓRGÃO DE UTILIDADE PÚBLICA - LEI MUNICIPAL 04966/1979 - LEI ESTADUAL nº 6/1981
Rua Delfino Cintra, 63 - Centro - CEP 13.013-055 - Campinas/SP. - Fone/Fax: (19) 32312811 - E-mail: smcc@smcc.com.br - Home Page: www.smcc.org.br

Nome: _____

Ano da Formatura: ____/____/____ CRM: _____ Sexo: M () F () Data de Nasc.: ____/____/____

Estado Civil: _____ Natural de: _____ Estado: _____

R.G.: _____ CPF: _____

End. Residencial: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ E-mail: _____

DDD: _____ Fone: _____ Cel.: _____

End. Consultório: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ E-mail: _____

DDD: _____ Fone: _____ Fax: _____

Endereço para correspondência? Residência () Consultório ()

Dependentes

Conjuge: _____ Data Nasc.: ____/____/____

Filhos (as) _____ Data Nasc.: ____/____/____

_____ Data Nasc.: ____/____/____

_____ Data Nasc.: ____/____/____

Pai: _____ Data Nasc. ____/____/____

Mãe: _____ Data Nasc. ____/____/____

Sogro: _____ Data Nasc. ____/____/____

Sogra: _____ Data Nasc. ____/____/____

Especialidade: Principal: _____ Secundário: _____

Hospitais que trabalha: _____

Convênios que atende: _____

Apresentado pelos seguintes doutores (não residentes):

1. Nome: _____ Assinatura: _____ CRM _____ Adimplente Inadimplente

2. Nome: _____ Assinatura: _____ CRM _____ Adimplente Inadimplente

3. Nome: _____ Assinatura: _____ CRM _____ Adimplente Inadimplente

O associado abaixo assinado, médico residente em Campinas e região neste Estado, satisfazendo as condições exigidas pelos Estatutos, vem requerer da Diretoria a sua inscrição como sócio da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas.

Campinas, _____, de _____ de _____.

Assinatura

Todos os associados estão obrigados a pontual pagamento da mensalidade; o atraso de 6 (seis) meses consecutivos poderá implicar em eliminação.
Quaisquer alterações de cadastro deverão ser informadas na secretaria da SMCC para atualização.



PROTOCOLO DE ENTREGA - Proposta de Associado SMCC

Funcionário: _____ Data: ____/____/____

IMPORTANTE! O titular da proposta será comunicado de sua filiação em até 3 dias, após sua aprovação.

Foto
3x4

Documentos Necessário p/ proposta

- Xerox RG - Titular e Dependentes
- Xerox CPF - Titular e Dependentes
- Xerox Carteira CRM
- Declaração de Residência Médica com Data de Término (Residentes)
- Xerox da Certidão de Nascimento dos Filhos
- Xerox Certidão de Casamento ou Escritura Pública de União Estável
- Xerox Comprovante de endereço - atual
- Curriculum sem Anexos
- 1 Foto 3x4 - Titular

Categoria:

- Sócio Efetivo
 Sócio Residente

Aprovado (a) em Reunião de

Diretoria em ____/____/____.

Presidente

1º Vice-Presidente

Diretor Financeiro

Diretor Administrativo

1. Acupuntura
2. Alergia e Imunologia
3. Anatomia Patológica
4. Anestesiologia
5. Cardiologia
6. Ciências Neurológicas
7. Cirurgia de Cabeça e Pescoço
8. Cirurgia do Trauma
8. Cirurgia Geral
9. Cirurgia Plástica
10. Cirurgia Torácica
11. Cirurgia Vascular
12. Coloproctologia
13. Dermatologia
14. Endocrinologia e Metabolismo
15. Endoscopia Digestiva
16. Fisiatria
17. Gastroenterologia
18. Geriatria e Gerontologia

19. Ginecologia e Obstetrícia
20. Hematologia e Hemoterapia
21. Homeopatia
22. Medicina do Trabalho
23. Medicina Intensiva
24. Medicina Interna - Clínica Médica
25. Oftalmologia
26. Oncologia
27. Ortopedia Traumatologia
28. Otorrinolaringologia
29. Pediatria
30. Pneumologia
31. Psiquiatria
32. Radiologia
33. Reumatologia
34. Saúde Escolar
35. Sexologia
36. Terapia Intensiva Pediátrica
37. Urologia