

Nome: _____

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.: _____

Universidade: _____

Ano: _____ R.A. _____

Dependentes

Cônjuge: _____ Data de Nasc.: ____/____/____

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

_____ Data de Nasc.: ____/____/____

_____ Data de Nasc.: ____/____/____

Pai: _____ Data de Nasc.: ____/____/____

Mãe: _____ Data de Nasc.: ____/____/____

Sogro: _____ Data de Nasc.: ____/____/____

Sogra: _____ Data de Nasc.: ____/____/____



Foto
3x4

Documentos necessários para anexar à proposta:

- Xerox de RG e CPF
- Comprovante de matrícula da Faculdade e RA assinado pela diretoria
- Comprovante de residência
- 01 foto 3x4 (titular)
- Xerox dos documentos dos dependentes (certidão de nascimento ou RG/CPF) e documentação que comprove o vínculo

Aprovado (a) em ____/____/____

Presidente

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

Campinas, _____, de _____ de _____

Assinatura

Os associados deverão manter o pagamento da mensalidade em dia.

PROTÓCOLO DE ENTREGA PROPOSTA DE ASSOCIADO ACADÊMICO PARA ANÁLISE E APROVAÇÃO

O associado acadêmico deverá renovar sua admissão a cada ano letivo.

Funcionário: _____ Data: ____/____/____

IMPORTANTE! O titular da proposta será comunicado de sua filiação.