S M C C	**FORMULÁRIO**	**Nº**	**02**
		Revisão	**01**
		Páginas	**1 de 1**

PROPOSTA PARA ASSOCIADO ACADÊMICO

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) 3231.2811 | e-mail: smcc@smcc.com.br | www.smcc.com.br

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. _____

Foto 3x4

Dependentes (preencher somente para inclusão de dependentes, caso contrário, desconsidere os campos)

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.: _____ /_____ /_____

Documentos necessários para anexar à proposta:

- Xerox RG - Titular e Dependentes
- Xerox CPF - Titular e Dependentes
- Xerox da Certidão de nascimentos dos filhos (até 23 anos de idade)
- Xerox Certidão de Casamento ou Escritura Pública de União Estável
- Comprovante de mátrícula da Faculdade e RA assinado pela diretoria
- O associado deverá renovar sua admissão a cada ano letivo
- Xerox Comprovante de endereço - atual
- Curriculum sem Anexos
- 1 Foto 3x4 - Titular

(Caso a documentação não seja entregue, os dependentes não serão inclusos)

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

Todos os associados estão obrigados a pontual pagamento da mensalidade; o atraso de 3 (três) meses consecutivos implicará em eliminação. Quaisquer alterações de cadastro deverão ser informadas na secretaria da SMCC para atualização.

HISTÓRICO DAS REVISÕES E APROVAÇÕES

01	janeiro 2020	Inclusão de Histórico de Revisão	Branca Maria Braga	Marcelo Amade Camargo
00	março 2019	Emissão Inicial	Branca Maria Braga	Marcelo Amade Camargo
Revisão	**Data**	**Descrição**	**Autor(a)**	**Aprovação**

PROTOCOLO 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.

S M C C
Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas