S M C C Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas	FORMULÁRIO	Nº	53
		Revisão	00
		Páginas	1 de 1

PROPOSTA CONTRIBUINTE PESSOA JURÍDICA

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

Razão Social: _____

Endereço _____ ,nº_____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ E-mail: _____

DDD: _____ Fone: _____ Fax: _____

Endereço para correspondência: _____ ,nº_____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ E-mail: _____

DDD: _____ Fone: _____ Fax: _____

Documentos necessários p/ proposta (Xerox):
- CNPJ
- Contrato Social Atualizado / Estatuto
- Registro CRM
- Comprovante de Endereço da empresa
- Documentos do representante legal (CPF, RG, comprovante de endereço)

O associado Contribuinte Pessoa Jurídica abaixo assinado, satisfazendo as condições exigidas pelo Estatuto, vem requererda Diretoria, a sua inscrição como associado da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas.

Campinas, _____ ,de _____ de _____

_____
Assinatura

☐ Aprovada em reunião de Diretoria em _____/_____/_____

☐ Reprovada em reunião de Diretoria em _____/_____/_____

_____
Presidente da SMCC

HISTÓRICO DAS REVISÕES E APROVAÇÕES

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

✂ -

PROTOCOLO DE ENTREGA Proposta de Associado Acadêmico para Análise e Aprovação

Funcionário: _____ Data: _____ /_____ /_____

S M C C Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas

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

Rua Delfino Cintra, 63 | Centro | CEP 13.013-055 | Campinas-SP | Fone/Fax: (19) 3231.2811 | e-mail: cadastro@smcc.com.br | www.smcc.com.br