



SINDICATO DOS MÉDICOS DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Ficha de Filiação

Nome: _____ Data Nasc.: ____/____/____ Sexo: ____
Naturalidade: _____ UF: _____ Estado Civil: _____
CPF: _____ Identidade: _____ Órgão Exp.: _____ UF: _____
End. Residencial: _____ Bairro: _____
Município: _____ CEP _____ - _____ Celular: (____) _____
Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Dados Profissionais

CRM-SC: _____ Data de Formatura: ____/____/____

Graduação: _____
Universidade _____ Município _____ UF _____

Residência Médica: Local(is) _____ Especialidade(s) _____ Ano(s) _____

Ocupação(ões) Atual(is): _____ Telefone _____

Contribuição Associativa

- a) Pagamento Semestral: nos meses de janeiro e julho, enviado por e-mail. Valor: R\$ 690,00.
b) Pagamento Mensal: via débito automático em conta corrente. Valor R\$ 115,00.
c) Pagamento Mensal: via carnê, enviado por e-mail: Valor R\$ 115,00.

Autorização para Desconto Mensal (R\$ 115,00)

UNICRED (Preferencialmente)

Banco do Brasil

Para Contribuição Associativa do SIMESC, autorizo o desconto mensal de 1/6 do valor da Semestralidade de minha conta corrente nº _____, agência _____, a partir de ____/____/____. Tal desconto automático acontecerá no dia 05 de cada mês.

Nome: _____ CRM-SC: _____ CPF: _____

Data: ____ de ____ de ____ . Assinatura: _____

Preencha a ficha de filiação e envie através do QR Code abaixo:



Médico filiado é Sindicato fortalecido