**PROPOSTA DE SÓCIO EFETIVO**

**ASSOCIAÇÃO DOS ACADEMICOS DE MEDICINA DE CATAGUASES**

*Solicito minha inscrição como sócio efetivo da AAMC*

*Mediante a aceitação de cláusulas previstas no Estatuto da Sociedade*

Nome completo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: F ( ) M ( )

Data Nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Naturalidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nacionalidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Filiação:

Pai:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mãe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado civil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome do cônjuge:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CRM:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço Residencial

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Complemento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Formação acadêmica

Curso: Início: Término: Instituição de Ensino:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_/ \_\_/ \_\_\_ \_\_/ \_\_/ \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_/ \_\_/ \_\_\_ \_\_/ \_\_/ \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_/ \_\_/ \_\_\_ \_\_/ \_\_/ \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documentos a serem aceitos na AAMC :

1. Comprovação de efetivação da matricula na faculdade de medicina;
2. Documentos de identidade e Cpf
3. Comprovante de residência
4. Após aprovação dos documentos, pagamento anual da AAMC

|  |
| --- |
| **ATENÇÃO:*** Após aceite dessa proposta o associado se compromete a quitar as anuidades e demais débitos previstos no estatuto, bem como observar as demais obrigações nele consignadas.
* Somente com pedido formal de desligamento cessará a responsabilidade do associado frente à AAMC.
* É de inteira responsabilidade do associado a veracidade das informações prestadas no ato da filiação.
* Para sua comodidade e segurança mantenha sempre atualizado o seu endereço de correspondência
 |

Local:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_

Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Associação dos acadêmicos de medicina de Cataguases – CNPJ 50.147.855/0001-18**

**Av.guido marliere, 222 apartamento 302 – Cataguases-MG Telefone: (32)998076852**