



**SOCIEDADE BRASILEIRA DE MÉDICOS ESCRITORES – SOBAMES SERGIPE**

**PROPOSTA DE SÓCIO (MÉDICO E ESTUDANTE)**

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

CPF: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Formatura: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Tel.residencial: \_\_\_\_\_ Tel. Consultório: \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Especialidade(s) \_\_\_\_\_

Estudante de Medicina: \_\_\_\_ (sim) Instituição: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_

**Áreas de Interesse:** Literatura (    ); Música – Cantar (    ) / Tocar (    ) Instrumento: \_\_\_\_\_;

Artes Plásticas (    ); Artesanato (    ); Fotografia (    ); Cinema (    ); Outras: \_\_\_\_\_;

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; Assinatura do proponente: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Indicação de associados: 1) \_\_\_\_\_;

2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

**Homologação da Diretoria:**

Processo recebido em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Aprovação: Sim (    ) Não (    ) Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pela Diretoria: \_\_\_\_\_ Número de Associado: \_\_\_\_\_

**Taxa de Inscrição** (após homologação): **Médicos:** R\$ 450,00 (contempla a anuidade do ano de homologação)

**Núcleo Estudantil:** R\$ 100,00 (contempla a anuidade do ano de homologação)

Pagamento - PIX:  66915978000191 (CNPJ da Sobrames Sergipe)

Boleto bancário

Transferência bancária – Banco: Unicred 136 – Ag 1729 CC 17276-6

Informações e contatos: (79) 99142-0425 – Email: sobramessergipe@gmail.com