



**SIMED·TO**

SINDICATO DOS MÉDICOS NO ESTADO DO TOCANTINS

QUADRA 201 SUL CONJUNTO 2 LOTE 2B - FONE (63) 3215-8109 - CEP 77.160-060 - PALMAS/TO

## FICHA DE ASSOCIAÇÃO

FILIAÇÃO

RECADASTRAMENTO

### DADOS PESSOAIS

NOME			CRM
ENDEREÇO			BAIRRO
CIDADE	CEP	UF	NACIONALIDADE
ESTADO CIVIL	EMAIL		
CELULAR	FONE RESIDENCIAL	FONE TRABALHO	
DATA DE NASCIMENTO	RG	CPF	

### DADOS PROFISSIONAIS

LOCAL DE TRABALHO	
MATRÍCULA FUNCIONAL	AIC

### MENSALIDADE ASSOCIATIVA

MÉDICO  RESIDENTE

### FORMA DE PAGAMENTO

Autorizo o SIMED-TO a descontar 1% (um por cento) da remuneração bruta percebida mensalmente do meu salário, em folha de pagamento, a partir desta data.

Estadual  Municipal

Boleto Bancário

### Plano de Saúde

Autorizo o débito da mensalidade de plano de saúde Unimed em minha folha de pagamento

Estadual  Municipal

Boleto Bancário

Por estar de pleno acordo, firmo este documento,

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA