Dr (a) _____ CRM _____

Nacionalidade _____ Data de Nascimento _____

Cor / Raça _____ RG _____ CPF_____

PIS/NIT _____ Título de Eleitor _____

Estado Civil _____ Nome Cônjuge _____

Nome Mãe _____

Nome Pai _____

Endereço para Envio de Correspondências ( ) Residencial ( ) Consultório

Endereço Residencial _____

Bairro _____ Cidade _____ Estado _____

CEP _____Telefone Fixo _____ Celular _____

E-mail _____

Portador de Deficiência? Sim ( ) Não ( )

Caso sim, favor especificar: ( ) Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Fala ( ) Outras _____

Endereço Consultório _____

Bairro _____ Cidade _____ Estado _____

CEP _____ Telefones Consultório _____

Dias e Horários de Atendimentos dedicados aos beneficiários:

( ) segunda-feira ( ) período integral (08h00 às 18h00) ( ) período parcial – especificar: _____

( ) terça-feira ( ) período integral (08h00 às 18h00) ( ) período parcial – especificar: _____

( ) quarta-feira ( ) período integral (08h00 às 18h00) ( ) período parcial – especificar: _____

( ) quinta-feira ( ) período integral (08h00 às 18h00) ( ) período parcial – especificar: _____

( ) sexta-feira ( ) período integral (08h00 às 18h00) ( ) período parcial – especificar: _____

( ) sábado ( ) período integral (08h00 às 18h00) ( ) período parcial – especificar: _____

( ) domingo ( ) período integral (08h00 às 18h00) ( ) período parcial – especificar: _____

Observações (caso necessário): _____

_____

Venho através desta requerer minha admissão no quadro de cooperados da Unimed São José do Rio Preto, comprometendo-me a observar as normas internas da Cooperativa, dentre as quais, Estatuto Social, Regimento Interno, Código de Ética e Conduta, além das demais normas (nessas consideradas as Políticas Institucionais), bem como, subscrever e integralizar quotas-partes do capital social.

Declaro por fim, pleno conhecimento sobre as regras inseridas no Estatuto Social e no Regimento Interno da Unimed São José do Rio Preto, para exercício da(s) especialidade(s):

_____

Comprometo-me a não exercer atividade ou especialidade médica pela Cooperativa, além daquela(s) a(s) qual(is) peço inscrição dentro do sistema, salvo as exceções éticas, bem como, não exercer qualquer atividade que fira os princípios do Cooperativismo e os interesses da Unimed São José do Rio Preto.

Comprometo-me ainda em comunicar à Cooperativa qualquer alteração dos dados contidos nesta proposta.

São José do Rio Preto, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura e Carimbo Médico Proponente

(Médico a ingressar na Unimed RP)