



www.unimedportovelho.coop.br
Av. Carlos Gomes, 1259 - Centro
76801-109 - Porto Velho-RO
T(69) 3217-2002 | 3217-2009



PEDIDO DE ADMISSÃO DE MÉDICO COOPERADO

Nome: _____

Data Nasc.: ____ / ____ / ____ Nacionalidade: _____ Estado Civil _____

RG: _____ C.P.F.: _____

PIS: _____ Nº DE REGISTRO DO CNES _____

Médico, inscrito no CRM sobre o Nº ____ / ____ , na especialidade de _____

Endereço Residencial: _____

Nº _____, bairro _____, fone: _____

Cidade: _____ UF: _____

E-mail: _____

Requer sua inscrição para participar do processo seletivo para ingresso como MÉDICO COOPERADO na UNIMED PORTO VELHO - SOCIEDADE COOPERATIVA MÉDICA LTDA, propondo-se a executar os serviços contratados por intermédios da referida Cooperativa, que agirá como sua mandatária, de acordo com as normas do Estatuto Social, Regimento Interno e demais normativos da Unimed Porto Velho e das regras do Edital do Processo seletivo n.º 01/2025.

Fone Comercial: _____.

Fone Celular: _____.

Porto Velho/RO, ____ de ____ de ____.

PROPONENTE