



www.unimedvaledoaco.com.br
Rua Teresópolis, 160
Veneza I, Ipatinga - MG
T. (31) 2136.2287

PROPOSTA DE ADMISSÃO

Eu, Dr. (a) _____

Data Nascimento: _____ Estado Civil: _____ PIS/INSS: _____

CPF: _____ RG: _____ Portador de necessidades especiais? _____

Filiação: _____ e _____

Endereço: _____ nº _____ Bairro _____

Mora na região: () Sim () Não Quando tempo atua na região? _____

Cidade: _____ Tel: () _____ Celular: () _____

E-mail: _____

Banco: _____ Agência: _____ C/C: _____

Especialidades: _____ CRM: _____

Sócio da AMB ? _____ Sócio da AMVAÇO? _____ Nº de dependentes: _____

Local Atendimento: _____

Fone: () _____ Horário: _____

Indicado pelo médico cooperado: _____

Inscrito (a) no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais sob o CRM Nº _____, proponho minha inscrição para sócio da UNIMED VALE DO AÇO - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - comprometendo-me a obedecer às normas do Estatuto Social da mesma, bem como subscrever as quotas parte. Declaro ainda conhecer e estar de acordo com o Estatuto Social, Regimento Interno e tabelas de honorários da UNIMED VALE DO AÇO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO.

OBS: Anexar currículo, cópia do diploma, comprovante de especialidade (Residência Médica/Título de Especialista), CRM ou documento equivalente previsto nos critérios aprovados pela UNIMED VALE DO AÇO - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Médico(a)

RSG-POP-RELRA-01 01