



# Registro Padrão Unimed - 156

## Documentação para Filiação de Candidato a Cooperado



Para admissão como Candidato a Cooperado na Unimed Ponta Grossa, o médico deverá residir na cidade onde deseja atender, exercer a atividade médica há no mínimo 01 (um) ano e na especialidade na qual deseja ser admitido e encaminhar à Secretaria os seguintes documentos pelo e-mail:  
[secretaria@unimedpg.com.br](mailto:secretaria@unimedpg.com.br)

Nome do Candidato			
Telefone		E-mail	
Especialidade		Área de Atuação	
DOCUMENTAÇÃO		ENTREGA	CTE
Carteira do CRM/PR/Cartão do CPF/Cédula de Identidade		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Pendente	
Diploma de Médico (Registrado no MEC)		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Pendente	
Título de Especialista (Registrado no CRM)		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Pendente	
Certidão de regularidade perante o CRM/PR		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Pendente	
Inscrição no INSS (PIS)		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Pendente	
Código CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (do local onde vai atuar))		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Pendente	
Comprovante de Inscrição no Cadastro do ISS (No Município em que é proposto)		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Pendente	
Comprovante de tempo de atuação na cidade (Alvará de licença ou outro documento que comprove sem limite de dúvidas a atuação na cidade há no mínimo 01(um) ano.)		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Pendente	
Certidão de Regularidade Perante o CRM/PR		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Pendente	
Comprovante do Exercício da Atividade na Área de Abrangência da Cooperativa (Com endereço do consultório ou outro local de trabalho, anexando o alvará de licença ou, se for o caso, outro documento de comprovada credibilidade)		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Pendente	
Certificado de Habilitação concedido pelas respectivas Sociedades Brasileiras de Especialidades em Convênio com a AMB, e registrados no CRM/PR (Exigido para as áreas de Ultrassonografia (geral, vascular, ginecológica/obstétrica), Neurorradiologia, Densitometria Óssea, Mamografia, Ecocardiografia e outras subespecialidades reconhecidas pela Associação Médica Brasileira)		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Pendente	
Carta de solicitação de ingresso como cooperado (Consignada por dois cooperados proponentes, na qual conste a especialidade (s), endereço do consultório, telefone e horário de atendimento)		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Pendente	
Certificação de conclusão de curso de Cooperativismo (Ministrado pela Cooperativa no prazo máximo de 02 anos da admissão)		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Pendente	
Carteira de Vacinação (Com o registro das vacinas consideradas obrigatórias pelas normas de acreditação expedidas pela Organização Nacional de Acreditação - ONA, ou seja, Hepatite B, Triplice Viral, Febre Amarela e Antitetânica)		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Pendente	
Curriculum Vitae		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Pendente	

Unimed Ponta Grossa Cooperativa de Trabalho Médico  
Rua General Carneiro, 873/Ponta Grossa - PR  
Telefone: (42) 3220.7000 ou (42) 3220.7006

REVISÃO ANTERIOR	VERSÃO	EMISSÃO	REVISÃO	ANÁLISE CRÍTICA	APROVAÇÃO	
N° 007	29/01/2019	N° 008	Taís Oliveira Data: 06/02/2019	Franciele S. Borges Data: 06/02/2019	Taís Oliveira Data: 06/02/2019	Jeanine Tavares Data: 06/02/2019