



www.unimed-erechim.com.br
Av. Sete de Setembro, 2001
99709-182 - Bairro Fátima, Erechim-RS
T. (54) 3520.6100



PROPOSTA DE SOLICITAÇÃO DE INGRESSO - UNIMED ERECHIM

Dados Pessoais

Nome completo do requerente: _____,
CRM _____, nascido em ___/___/_____ na cidade de _____,
Estado (UF)_____, estado civil _____, CI _____,
CPF _____, filiação _____.

Endereços

Consultório _____, N° _____, bairro
_____ na Cidade de _____, CEP
_____, telefone _____.

Residencial _____, N° _____, bairro
_____ na Cidade de _____, CEP
_____, telefone _____.

Endereço para correspondência: () Residencial () Consultório

Dados Gerais

E-mail: _____

Celular: _____

Conta e banco para pagamento da produção: _____

Inscrição INSS/PIS (autônomo) N° _____.

Venho requer minha inscrição no quadro de cooperados da Unimed Erechim, comprometendo-se a observar os Estatutos e Regulamentos da mesma, dos quais declaro ter integral conhecimento, e a pagar a Quota Capital no valor de R\$ _____

bem como a observar as demais normas do Estatuto Social, dentro da(s) seguinte(s) especialidade(s): _____



www.unimed-erechim.com.br
Av. Sete de Setembro, 2001
99709-182 - Bairro Fátima, Erechim-RS
T. (54) 3520.6100



O requerente possui os seguintes títulos na(s) atividade(s) ou especialidade(s) médica(s) em que pede inscrição:

Além disso, o requerente já exerceu, ou exerce, cargos médicos nas instituições abaixo discriminadas (indicar também as datas):

O requerente não fica comprometido, através desta inscrição, a desfazer qualquer vínculo empregatício em assistência médica que porventura possua.

O requente compromete-se a:

1º - Não exercer nenhuma atividade ou especialidade médica além daquela em que pede inscrição dentro do sistema a que ora se credencia, ressalvadas as exceções éticas.

2º - Comunicar previamente a Unimed Erechim qualquer alteração dos dados contidos neste requerimento.

Tendo prestado todas as informações necessárias, pede deferimento.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura e CRM

Ingresso proposto por Dr. _____

Assinatura e CRM

Presidente da Unimed Dr. _____

Assinatura e CRM

Aprovado ingresso conforme ata da reunião de Conselho de Administração número _____, na data _____, matrícula do médico na cooperativa nº _____.

Desligamento ou Exclusão

O médico acima citado foi desligado da Unimed Erechim na data de ____/____/____, conforme ata do Conselho de Administração nº _____.

