

PROPOSTA DE ADMISSÃO DE COOPERADO INDIVIDUAL

Nome:				Foto
CRM:	CPF:	RG (nº, órgão expedidor e data de expedição):		
Nacionalidade:		Estado Civil:	Data de Nascimento:	
CNH:	Certificado de Reservista:			
Endereço Residencial Completo:			Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone/WhatsApp:	
Endereço Comercial Completo:			Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone e WhatsApp:	
E-Mail:				
Banco (nome e nº):		Agência (nº):	Conta Corrente (nº):	
Especialidade:			RQE:	
Especialidade:			RQE:	
Inscrição Municipal nº:	Da Prefeitura Municipal de:		ISS nº:	
INSS nº:		CNES:		

Na condição de autônomo, de acordo com o previsto no artigo 6º - II da Lei 5.764/71 e do Artigo 5º do Estatuto Social da Unimed Meio Oeste Catarinense Cooperativa de Trabalho Médico, venho REQUERER admissão como Cooperado Individual, declarando desde logo, conhecer o Estatuto Social da Unimed Meio Oeste Catarinense Cooperativa de Trabalho Médico, obrigando-me pelas suas cláusulas e condições. Assumo a responsabilidade pelas declarações acima contidas, comprometendo-me a manter a situação de Contribuinte Autônomo dos Tributos Municipais e Previdenciário, *conditio sine qua non*, de minha permanência no quadro de Cooperados.

<p>_____(), ____ de _____ de ____.</p> <p style="text-align: center;">_____ Assinatura e Carimbo do Médico Proponente</p>	<p>_____(), ____ de _____ de ____.</p> <p style="text-align: center;">_____ Assinatura do Coordenador do Conselho Ético-Técnico da Unimed</p> <p>Coordenador:</p>
	<p>_____(), ____ de _____ de ____.</p> <p style="text-align: center;">_____ Assinatura e Carimbo do Presidente da Unimed</p>



**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS A SEREM OBRIGATORIAMENTE
ANEXADOS A ESTA PROPOSTA,
COM CÓPIAS DEVIDAMENTE AUTENTICADAS:**

Para cooperar-se o candidato deverá preencher a proposta de admissão, respeitando os requisitos do edital publicado pela **cooperativa** nos termos de seu Regimento Interno, assinando-a em companhia de dois cooperados efetivos, e anexar cópia impressa ou digital, desde que autenticada para conferência dos seguintes documentos:

- a) fotocópia do diploma de graduação em medicina;
- b) fotocópia do Título de Especialista e/ou Declaração de Conclusão de Residência Médica acompanhado (s) do Certificado de Registro de Qualificação de Especialista (RQE), ou somente o Certificado de Registro de Qualificação de Especialista emitido pelo Conselho Regional de Medicina;
- c) fotocópia do Curriculum Vitae atualizado;
- d) fotocópia da carteira do Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina – CREMESC;
- e) fotocópia da Cédula de Identidade;
- f) fotocópia do CPF;
- g) fotocópia do Certificado de Reservista;
- h) fotocópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH;
- i) fotocópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS (Nº, Série, UF, PIS/PASEP, Dados Pessoais);
- j) fotocópia de comprovante de endereço residencial recente (conta de água, luz ou telefone);
- k) fotocópia de documento comprobatório de Estado Civil: Certidão de Nascimento para solteiros, Certidão de Casamento com respectivas averbações (se houver) para casados e outros, Certidão de Óbito para os viúvos;
- l) fotocópia do Alvará de Funcionamento e Localização com número de Inscrição Municipal do local de atuação, salvo se o município de atuação não exigir, razão pela qual deverá apresentar o documento de Dispensa;
- m) fotocópia do Alvará Sanitário, estando este atualizado e dentro da validade;
- n) fotocópia do comprovante de pagamento do último recolhimento do ISS e/ou Certidão Negativa da Prefeitura Municipal (desde que conste o número de inscrição do ISS);
- o) fotocópia do comprovante de recolhimento da última contribuição previdenciária – INSS, ou, declaração da empregadora de que está efetuando a retenção e o recolhimento da contribuição previdenciária;
- p) certidão Negativa de Processo Administrativo/Ético do Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina – CREMESC;
- q) carta de apresentação firmada por 02 (dois) médicos cooperados efetivos da UNIMED MEIO OESTE – SC;
- r) compromisso de participação em curso de desenvolvimento de educação cooperativista;
- s) 01 (uma) foto 3x4 atual;
- t) declaração com o número de inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- u) declaração do (s) hospital (ais) das quais faz parte do Corpo Clínico.



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, **especialmente para o previsto no artigo 299, do Código Penal Brasileiro**, que não sou sócio quotista ou acionista, nem mesmo ocupo qualquer cargo de direção ou administração e nem presto serviços em sociedade civil e/ou comercial, **de prestação de serviços médicos**, cuja finalidade **colida ou não se coadune** com a proposta pretendida pela Unimed Meio Oeste Catarinense Cooperativa de Trabalho Médico.

Declaro, também, que a **Especialidade Médica** em que **me associo** como **Cooperado Individual** da Unimed Meio Oeste Catarinense Cooperativa de Trabalho Médico é:

OBSERVAÇÃO:

O exercício da Medicina em local onde não há Especialistas e que obriga o Médico a prática da Medicina Geral é restrita à área da atividade profissional e será sempre aceita em caráter excepcional com autorização prévia.

Por se a expressão da verdade, firmo a presente.

_____ (___), ____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo do Médico Declarante



_____ (SC), ____ de _____ de _____.

À

UNIMED MEIO OESTE CATARINENSE

REF.: APRESENTAÇÃO DE PROPONENTE À COOPERADO

Prezados Cooperados:

Na qualidade de médico cooperado efetivo dessa cooperativa de trabalho médico, utilizo-me deste instrumento para apresentar a essa cooperativa para a sua análise e possibilidade de cooperar o proponente a cooperado – Dr. (a) _____, para atuar na especialidade de _____ em _____ (SC).

No aguardo de sua análise e providência, envio

Saudações Cooperativistas.

Assinatura e Carimbo do **Médico Cooperado** Declarante



_____ (SC), ____ de _____ de _____.

À

UNIMED MEIO OESTE CATARINENSE

REF.: APRESENTAÇÃO DE PROPONENTE À COOPERADO

Prezados Cooperados:

Na qualidade de médico cooperado efetivo dessa cooperativa de trabalho médico, utilizo-me deste instrumento para apresentar a essa cooperativa para a sua análise e possibilidade de cooperar o proponente a cooperado – Dr. (a) _____, para atuar na especialidade de _____ em _____ (SC).

No aguardo de sua análise e providência, envio

Saudações Cooperativistas.

Assinatura e Carimbo do **Médico Cooperado** Declarante



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que estarei **atendendo aos pacientes do Sistema Unimed no horário normal de funcionamento do meu consultório médico**, no local abaixo discriminado:

LOCAL: _____

PLANTÃO: () **SIM** () **NÃO**

SOBREAVISO: () **SIM** () **NÃO**

ONDE: _____

Na eventual mudança de local, dia ou horário de atendimento informarei prévia e expressamente à Unimed Meio Oeste Catarinense.

_____ (____), ____ de _____ de ____.

Assinatura e Carimbo do Médico Declarante

