

Processo Seletivo - Novos Cooperados  
Unimed Sobral



ANEXO I - Ficha de Inscrição

Edital 001/2024

Nome Completo do Candidato

CRM-CE

Especialidade Pretendida/Área de Atuação pretendida

Instituição de origem da graduação: Curso/Habilitação

Data de conclusão

Município de atuação

Documentos anexos (Marque SIM ou NÃO de acordo com os documentos anexado conforme o item 5.1.1 do Edital)

SIM/NÃO	TIPO DE DOCUMENTO	UNIMED SOBRAL
	2 (Duas) fotos 3x4;	
	Cópia da carteira do CRM/CE - Conselho Regional de Medicina do Estado de CEARÁ;	
	Cópia do Título de Especialista registrado no CRM/CE - Conselho Regional de Medicina do Estado de CEARÁ;	
	Cópia da Carteira de Identidade (CIC);	
	Cópia do diploma de graduação em medicina, CRM/CE - Conselho Regional de Medicina do Estado de CEARÁ;	
	Cópia da certidão negativa de débito emitida pelo CRM/CE - Conselho Regional de Medicina do Estado de CEARÁ;	
	Cópia da Guia de Recolhimento do ISSQN para o exercício de 2024, na condição de Médico, emitido pela Prefeitura Municipal de SOBRAL ou de cidades da área de abrangência da Unimed SOBRAL;	
	Indicação para admissão na Cooperativa, preenchendo o anexo II deste Edital.	

Declaro, para todos os fins de direito, conhecer e aceitar todos os itens do edital nº 001/2024, relacionado com a presente inscrição, assumindo as informações fornecidas.

Assinatura Candidato (Igual ao do documento de identidade encaminhado com a documentação)

Sobral \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2024

Campos de preenchimento exclusivo da Unimed Sobral

OBSERVAÇÕES