

ANEXO I**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PROCESSO SELETIVO
UNIMED FRANCISCO BELTRÃO**

Eu, [nome completo], [nacionalidade], [estado civil], nascido(a) em [local do nascimento] no <dia, mês e ano>, residente e domiciliado(a) na [Avenida/Rua nº, Complemento], [bairro], [Município, UF], [CEP], portador(a) do documento de identidade n.º <contendo tipo, número, órgão expedidor e data de expedição>, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº <11 dígitos>, filho(a) de < filiação completa >, médico(a), venho a Vossas Senhorias **REQUERER** a minha inscrição no processo seletivo para ingresso como médico ASPIRANTE da UNIMED FRANCISCO BELTRÃO, nos termos que seguem, anexando os documentos obrigatórios, abaixo especificados.

Declaro estar ciente das exigências Estatutárias, Regimentais e do previsto no Edital do Processo Seletivo, para a inscrição na UNIMED FRANCISCO BELTRÃO e que o não preenchimento de um só requisito impede o protocolo da mesma.

Declaro ainda, estar ciente que o presente requerimento somente será recebido e protocolado pela Cooperativa mediante a entrega de todos os documentos obrigatórios, e cumpridas todas as disposições do Edital de Processo Seletivo de Médicos para Ingresso de Aspirante a Cooperados da Unimed Francisco Beltrão – Nº 001/2025.

Especialidade / Área de atuação pretendida:.....
Município da Prestação de serviço:.....
Endereço Comercial:
Telefone Comercial.: Celular pessoal.:
E-mail:

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS		
1	Cópia do documento de cadastro de Pessoa Física (CPF) e Registro Geral (RG)	
2	Comprovante de residência atualizado, com data não superior a 03 (três) meses	
3	Duas fotos coloridas 3x4 recentes (datadas)	
4	Curriculum lates, instruído com as pertinentes comprovações, inclusive as relativas à experiência profissional	
5	Cópia do Diploma de graduação em Medicina, de acordo com as formalidades legais e certificado de residência médica	
6	Inscrição regular no Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná	
7	Titulação nas especialidades e áreas de atuação, em que se propõe a atuar, de acordo com os critérios fixados pelo Conselho Federal de Medicina	
8	Comprovante de Inscrição e adimplência como contribuinte do Imposto Sobre Serviços (ISS) na área de atuação da cooperativa	
9	Inscrição e adimplência como segurado autônomo perante o Instituto Nacional de Previdência Social (INSS), de acordo com as disposições legais	
10	Alvará de licença emitido pelo órgão competente para atendimentos em consultórios ou clínicas (Licença de exercício profissional autônomo expedido pelo município)	
11	Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do(s) consultório(s) onde irá atender	

12	Certidão negativa de protestos e antecedentes cíveis e criminais	
13	Certidão negativa expedida pelo Conselho Regional de Medicina do Paraná, referente a processo ético-disciplinares	
14	Apresentação do candidato por três Cooperados ativos, conforme modelo do Anexo III	
15	Declaração de ciência e concordância com as normas estabelecidas para o Processo Seletivo, conforme modelo em anexo IV	

Por fim, declaro estar ciente que a Cooperativa realizará o tratamento dos dados pessoais fornecidos por mim em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), inclusive, quando aplicável, para fins de compartilhamento com outras Unimed's por meio do Sistema de Intercâmbio ou com prestadores de serviços parceiros, tudo conforme o Aviso de Privacidade disponível eletronicamente no site da Unimed Francisco Beltrão no endereço eletrônico: <https://www.unimed.coop.br/site/web/franciscobeltrao/admiss%C3%A3o-de-cooperados-2025> na aba Rede Assistencial, opção Admissão de Cooperados.

Firmo o presente Requerimento para que produza os efeitos legais, ciente de que, no caso de comprovação de sua falsidade, será nulo de pleno direito perante o registro do comércio o ato a que se integra este requerimento, sem prejuízo das sanções cíveis e penais a que estiver sujeito.

Por ser expressão da minha vontade e da verdade, firmo o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Francisco Beltrão, _____ de _____ de 2025.

Nome e Assinatura do Médico Candidato

Protocolado na Unimed de Francisco Beltrão

Dia:/...../.....

Horário:h.....min

Por:

Função: