

**ANEXO V**  
**PROPOSTA DE ADMISSÃO AO PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE ASPIRANTES**  
**DA UNIMED FRANCISCO BELTRÃO**

**CÓD.UNIMED** \_\_\_\_\_  
**DATA INCLUSÃO COMO MÉDICO ASPIRANTE DA UNIMED FRANCISCO**  
**BELTRÃO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DADOS PESSOAIS:**

Nome do Aspirante a Cooperado(a): \_\_\_\_\_  
Como é conhecido(a) profissionalmente: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_ Ano de formatura: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Cartão do SUS: \_\_\_\_\_  
Endereço Residencial: \_\_\_\_\_  
Apto: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Contato(s): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_  
Data de emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
INSS: \_\_\_\_\_  
ISS: \_\_\_\_\_  
Número de Inscrição no CNES: \_\_\_\_\_  
País de Nascimento: \_\_\_\_\_  
Nacionalidade: \_\_\_\_\_  
Se estrangeiro, informar a origem: \_\_\_\_\_ ( )  
Naturalizado ( ) Não naturalizado - **OBS.: ANEXAR DOCUMENTO DE**  
**COMPROVAÇÃO.**  
Município de Nascimento: \_\_\_\_\_ CTPS: \_\_\_\_\_  
Série: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Nome do  
Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Nome  
do Cônjuge: \_\_\_\_\_  
Tem filhos (as)? ( ) Sim ( ) Não  
Quantos: \_\_\_\_\_

**DADOS BANCÁRIOS:**

Banco: \_\_\_\_\_  
Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

**UNIMED FRANCISCO BELTRÃO**

Av. Júlio Assis Cavalheiro, 1171 - Centro  
85.601-000 – Francisco Beltrão - Paraná  
Fone (46) 3520-5834 – SAC 0800-414554  
[www.unimed.coop.br/franciscobeltrao](http://www.unimed.coop.br/franciscobeltrao)

**ESPECIALIDADE(S):**

\_\_\_\_\_ RQE Nº: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ RQE Nº: \_\_\_\_\_

**ÁREA(S) DE ATUAÇÃO:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DADOS PARA O GUIA MÉDICO:**

**ENDEREÇO**      **PROFISSIONAL:** \_\_\_\_\_

**Bairro:** \_\_\_\_\_ **Cidade:** \_\_\_\_\_

**CEP:** \_\_\_\_\_ **Telefone(s):** ( ) \_\_\_\_\_ / ( ) \_\_\_\_\_

**HORÁRIO E DIAS DA SEMANA DE ATENDIMENTO:** \_\_\_\_\_

**Regime de atendimento:** ( ) hospitalar ( ) ambulatorial ( ) urgência.

**Procedimentos para o qual o cooperado é indicado:** \_\_\_\_\_

Os serviços prestados pelo cooperado compreendem:

- I - consulta médica aos beneficiários do plano de saúde da **UNIMED**;
- II - solicitação de exames para diagnóstico, terapia ou prevenção de doenças;
- III - encaminhamento para internação e acompanhamento hospitalar, quando for o caso;
- IV - execução de procedimentos cirúrgicos e acompanhamento pós-operatório;
- V - execução de procedimentos diagnósticos;
- VI - execução de serviços de urgência/ emergência;
- VII - serviços de anestesiologia.

Prefere receber correspondência: ( ) Na residência ( ) No consultório

**VALOR DA QUOTA CAPITAL:**

Valor vigente da data de assinatura do cooperado a serem integralizadas após conclusão e aprovação do Estágio Probatório, conforme determina o Programa de Formação de Aspirantes da Unimed de Francisco Beltrão.

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 o \_\_\_\_\_ endereço \_\_\_\_\_ eletrônico:

<https://www.unimed.coop.br/site/web/franciscobeltrao/admiss%C3%A3o-de-cooperados-2025> na aba Rede Assistencial, opção Admissão de Cooperados.

**UNIMED FRANCISCO BELTRÃO**

Av. Júlio Assis Cavalheiro, 1171 - Centro  
85.601-000 – Francisco Beltrão - Paraná  
Fone (46) 3520-5834 – SAC 0800-414554  
[www.unimed.coop.br/franciscobeltrao](http://www.unimed.coop.br/franciscobeltrao)



Francisco Beltrão, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_  
**Nome e Assinatura do Médico Candidato**