

**ANEXO I - FICHA DE INSCRIÇÃO PARA O PROCESSO DE COOPERAÇÃO  
EDITAL 001/2026**

**NOME COMPLETO DO CANDIDATO(A):** \_\_\_\_\_

**ESPECIALIDADE PRETENDIDA:** \_\_\_\_\_

**MUNICÍPIO DE ATUAÇÃO:** \_\_\_\_\_

**Documentos obrigatórios**

- 1- ( ) Cópia do CPF/MF;
- 2- ( ) Cópia da cédula de identidade;
- 3- ( ) Cópia do título de eleitor;
- 4- ( ) Cópia do Cartão do SUS
- 5- ( ) Número do PIS/NIS
- 6- ( ) Cópia do certificado de reservista;
- 7- ( ) Identidade profissional, emitida pelo Conselho Regional de Medicina do estado do Paraná e/ou Santa Catarina, de acordo com a localidade pretendida;
- 8- ( ) Comprovante de endereço (residencial);
- 9- ( ) Cópia da certidão de nascimento e de casamento (CPF e RG cônjuge);  
(se for solteiro certidão de nascimento)
- 10- ( ) Cópia da certidão de nascimento dos filhos (CPF, RG e Cartão SUS dos filhos);
- 11- ( ) Currículo vitae devidamente comprovado e atualizado;
- 12- ( ) Cópia do Diploma de Graduação em Medicina, emitido por Universidade nacional, com Curso devidamente reconhecido pelo MEC/INEP, ou, se emitido por Universidade estrangeiro, revalidado dentro das normas nacionais e por Universidade Federal, nos termos da LDB;
- 13- ( ) Comprovante do registro de especialidade junto ao Conselho de Medicina do Estado do Paraná (RQE);
- 14- ( ) Comprovação do exercício profissional pelo prazo mínimo de 1 (um) ano, na especialidade proposta.

- 15- ( ) Declaração de integrar o corpo clínico de Hospital conveniado com a UNIMED, no qual internará os beneficiários da UNIMED que estiverem sob seu atendimento, desde que existente unidade hospitalar na cidade onde irá desempenhar seu trabalho;
- 16- ( ) Cópia do documento de inscrição no INSS, na condição de autônomo (Extrato CNIS emitido no portal Meu INSS);
- 17- ( ) Cópia do comprovante de inscrição no cadastro municipal de contribuintes (ISS), na área de atuação da Cooperativa (Pessoa Física); (Emitido pela Prefeitura do seu município de atuação)
- 18- ( ) Cópia do número de registro no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, - CNES; (comprovante de vínculo no CNES de Clínica ou Hospital ou CNES pessoa física)
- 19- ( ) Cópia do alvará de licença de funcionamento do consultório (Pessoa Física);
- 20- ( ) Alvará sanitário válido emitido pelo órgão competente para atendimentos em consultórios ou clínicas;
- 21- ( ) Certidão negativa de ações cíveis e criminais (Cartório Distribuidor – Justiça Estadual) dos municípios/comarcas onde tenha residido nos últimos 02 (dois) anos;
- 22- ( ) Certidão negativa de ações cíveis e criminais (Justiça Federal) dos municípios/comarcas onde tenha residido nos últimos 02 (dois) anos;
- 23- ( ) Certidão negativa de antecedentes criminais (Polícia Federal – PF) dos últimos 02 (dois) anos;
- 24- ( ) Certidão negativa de execuções fiscais (Municipal, Estadual, União) dos Municípios e Estados onde tenha residido nos últimos 02 (dois) anos;
- 25- ( ) Certidão negativa de protesto em relação aos últimos 5 anos, emitida pelo(s) cartórios(s) de protesto onde tenha residido nos últimos 02 (dois) anos.
- 26- ( ) Solicitação de ingresso a especialidade
- 27- ( ) Solicitação para divulgação dos atributos de qualidade;

- 28- ( ) Curso de Cooperativismo (Certificado) – Site Faculdade Unimed; e participação em Educação Cooperativista da Unimed Pato Branco na fase de integração.
- 29- ( ) Declaração Atividade Formativa – (resumo da compreensão do curso de educação cooperativista online)
- 30- ( ) Termo de ciência e Adesão ao Estatuto Social

**Declaro, para todos os fins de direito, conhecer e aceitar todos os itens do edital nº 001/2026, relacionado com a presente inscrição, assumindo as informações fornecidas.**

Assinatura do candidato: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_

Conferido por: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.