

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO DE CANDIDATO À ADMISSÃO DE MÉDICO AO ESTÁGIO
PROBATÓRIO DE COOPERADO DA UNIMED COSTA DO DESCOBRIMENTO, NOS
TERMOS DO ESTATUTO SOCIAL, REGIMENTO INTERNO E LEI 5.764/71**

Nome:

Especialidade/Área de Atuação pretendida:

CRM-BA:..... RQE:..... Situação:.....

CPF:..... RG:..... Data de nascimento:...../...../.....

Estado Civil:..... Nacionalidade:.....

Tempo de exercício profissional na especialidade/área de atuação pretendida, na área de
ação da Unimed Costa do Descobrimento (Eunápolis, Porto Seguro, Santa Cruz Cabrália,
Belmonte, Itagimirim, Itapebi, Itabela e Guaratinga):.....

Filiação:

Número no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde):.....

NIT (Nº de inscrição de autônomo no INSS) ou PIS/PASEP:.....

Banco:..... Agência:..... C/C:.....

Endereço residencial:..... nº.....

Bairro:..... CEP:..... Cidade:.....

Tel:..... Cel:.....

E-mail:.....

Endereço de Atendimento –

(Consultório):..... nº.....

Bairro:..... CEP:..... Cidade:.....

Tel:..... Cel:.....

Dias e horários de atendimento:.....

Endereço de atendimento (Hospitalar)

..... nº.....

Bairro:..... CEP:..... Cidade:.....

Tel:..... Cel:.....

Dias e horários de atendimento:.....

Opção de endereço para entrega de correspondências: () Consultório () Residência

() Outro.....

Obs.: Todos os campos são de preenchimento obrigatório.

Documentos necessários:

- Cópia dos documentos pessoais (RG, CPF, carteira CRM/BA, diploma, comprovante de residência em nome do requerente);
- *Curriculum Vitae*, com informação e comprovação da especialidade médica;
- Cópia dos Certificados de Cursos, Congressos, Seminários que tenha participado;
- Cópia de Atestados, Declarações e Documentos comprobatórios e extensivos à vida profissional;
- Declaração de quitação de anuidade do Conselho Regional de Medicina;
- Declaração de que não é sócio ou proprietário de Sociedade Civil, Comercial ou Empresa Individual que exerça atividades consideradas prejudiciais à UNIMED COSTA DO DESCOBRIMENTO, que colidam com os objetivos sociais desta última ou façam sublocação de serviços médicos a não-cooperados.
- Comprovante de Registro de Qualificação de Especialista - RQE no Conselho Federal de Medicina, na especialidade/area de atuação requerida;
- Comprovação do local de atendimento (consultório, clínica, hospital ou estabelecimento de saúde próprio ou contratado pela Cooperativa), de acordo com o Município para o qual foi publicada a vaga;
- Comprovação de tempo de exercício profissional na especialidade/área de pretendida, na área de ação da Unimed Costa do Descobrimento (Eunápolis, Porto Seguro, Santa Cruz Cabralia, Belmonte, Itagimirim, Itapebi, Itabela e Guaratinga);
- Certidões negativas cíveis, criminais e ético-profissionais expedidas pelos órgãos competentes.

Declaro serem verdadeiras todas as informações acima, pelo que venho requerer minha admissão como Cooperado da UNIMED COSTA DO DESCOBRIMENTO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, estando de acordo com suas implicações legais e propondo-me a agir de acordo com as normas e propósitos sociais do seu ESTATUTO SOCIAL e REGIMENTO INTERNO.

Eunápolis/BA, de 20.....

.....
Assinatura

Apresentado por (dois Cooperados especialistas, preferencialmente da mesma área):

1 -
Nome/CRM/Especialidade

2 -
Nome/CRM/Especialidade

Espaço reservado à Unimed Costa do Descobrimento

Parecer Conselho Técnico : <input type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido	Assinaturas dos Conselheiros presentes:
Parecer Conselho de Administração : <input type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido	Assinaturas dos Conselheiros presentes:

Estando preenchidos os requisitos formais de admissão e em consonância com os pareceres dos Conselhos Técnico e de Administração, defere-se o pedido de cooperação solicitado para o cumprimento do período de estágio probatório.

Eunápolis, de de 20.....

UNIMED COSTA DO DESCOBRIMENTO



DECLARAÇÃO DE CONFORMIDADE

Eunápolis/BA, de..... de

Eu,, médico, CRM
....., declaro para fins de cooperação à **Unimed Costa do Descobrimento
Cooperativa de Trabalho Médico** que não sou sócio ou proprietário de Sociedade Civil,
Comercial ou Empresa Individual com atividades consideradas prejudiciais à UNIMED, ou que
colidam com seus objetivos sociais desta última ou façam sublocação de serviços médicos a
não-cooperados.

Assinatura

