

PROPOSTA DE ADMISSÃO  
DE COOPERADO

ESPECIALIDADE (S)

USO DA COOPERATIVA

NOME \_\_\_\_\_ NACIONALIDADE \_\_\_\_\_

NASC. EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, CRM/PA \_\_\_\_\_, CPF Nº \_\_\_\_\_,

QUALIFICADO NA ESPECIALIDADE \_\_\_\_\_, COM CONSULTÓRIO

À \_\_\_\_\_ E

RUA/AVENIDA E Nº \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA À \_\_\_\_\_

RUA/AVENIDA E Nº \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_

EXERCENDO TAMBÉM ATIVIDADES NO (S) HOSPITAL (IS):

Requer sua inscrição como associado da Unimed Belém, Cooperativa de Trabalho Médico, ao mesmo tempo que declara:

- 1- Executar os serviços solicitados por intermédio da referida Cooperativa, que agirá como mandatária;
- 2- Não fazer parte e nem apoiar grupo (s), de medicina mercantilista e/ou grupo (s) que contrariem os princípios da cooperativa;
- 3- Ter pleno conhecimento do Regimento Interno e do Estatuto Social da Cooperativa, propondo-se a cumpri-lo fielmente.

HORÁRIO DE ATENDIMENTO:

CONSULTÓRIO DAS: \_\_\_\_\_ ÀS \_\_\_\_\_ H.

TELEFONE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20 \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PROPONENTE

ASSINATURA DO PROPOSTO

PARECER DO CONSELHO TÉCNICO: 01. \_\_\_\_\_

02. \_\_\_\_\_

03. \_\_\_\_\_

ACEITA EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nota: Os documentos dos candidatos a médicos cooperados ficarão sob responsabilidade da cooperativa por 6 (seis) meses, após o qual serão descartados obrigatoriamente.**