

FOTO

À
UNIMED LONDRINA - Cooperativa de Trabalho Médico
Av. Ayrton Senna da Silva, 1065 Parque Guanabara Boulevard.
CEP: 86.050-460
Nesta

Prezado (a) Médico (a):

Por preencher todas as exigências contidas no Estatuto Social e Regimento Interno da Cooperativa, venho por meio desta propor minha inscrição no quadro de cooperados comprometendo-me a cumprir as obrigações decorrentes deste ato.

Nome: _____,

CPF: _____ RG: _____ Estado Civil: _____,

Nome do Cônjuge: _____,

Nacionalidade: _____ Data Nascimento: ____/____/____ CRM: _____,

Data de Formatura: _____ PIS/NIT/ INSS: _____,

Número do CNES: _____ E-mail: _____,

Exercendo a Especialidade de _____ e _____,

Área de Atuação: _____

Filiação: _____

Endereços

Residência: _____ Nº _____ CEP _____,

Complemento: _____ Cidade: _____ Bairro: _____,

Telefone Residencial: _____ Celular: _____,

Consultório 1: _____ Nº _____ CEP _____,

Complemento: _____ Cidade _____ Bairro: _____,

Telefone Comercial: _____ FAX: _____,

Cooperado que atende na mesma clinica: _____,

Consultório 2: _____ Nº _____ CEP _____,

Complemento: _____ Cidade _____ Bairro: _____,

Telefone Comercial: _____ FAX: _____,

Cooperado que atende na mesma clinica: _____,

Londrina,

Dr (a).

Assinatura e carimbo do médico cooperado proponente

Dr.(a)

e Dr. (a)