

FICHA DE INSCRIÇÃO

Eu, _____, médico,
inscrito no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP, sob nº _____,
exercendo a(s) especialidade(s) de _____,
com consultório situado à _____, residência à _____, nº _____, e
exercendo atividades profissionais nos hospitais _____, venho, por
meio desta, requerer minha inscrição como médico cooperado da Unimed Andradina -
Cooperativa de Trabalho Médico, propondo-se a executar os serviços contratados em
seu nome, pela Cooperativa, que agirá com sua mandatária, estando ciente e de
acordo.

1. HORÁRIO DE ATENDIMENTO EM CONSULTÓRIO

De segunda a sexta-feira: das _____ às _____ horas.

Aos sábados: das _____ às _____ horas.

2. CONTATOS PARA AGENDAMENTO

Telefone: (____) _____

WhatsApp: (____) _____

3. DOCUMENTOS E DADOS CADASTRAIS

CREMESP: _____

CPF: _____

RG: _____

E-mail: _____

4. DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que as informações prestadas nesta ficha são verdadeiras e completas, responsabilizando-me por sua exatidão e comprometendo-me a comunicar à Cooperativa qualquer alteração nos dados aqui informados.

Andradina, _____ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do médico proposto

