

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE ESPECIALIDADE E ÁREAS DE ATUAÇÃO

(Para análise preencher todos os dados abaixo de forma legível)

Eu, _____, médico cooperado da Unimed Curitiba desde _____ (data da filiação), na especialidade principal de _____ desde _____ (data inicial de cadastro desta especialidade), portador do RG sob o nº _____ e CPF nº _____, residente e domiciliado da _____, venho através deste fazer o(s) seguinte(s) requerimento(s):

Discriminação dos nomes

Inclusão de especialidade

Inclusão de área de atuação

Observações:

Informo que estou ciente dos Artigos 91, 92 e 93 do Regimento Interno da Unimed Curitiba, bem como os critérios de análise de meu requerimento, comprometendo-me a apresentar anexo a este formulário os documentos exigidos, quais sejam:

- a) Cópia autenticada do Certificado de Especialidade e ou Área de Atuação pretendida emitido por entidade oficial.
- b) Cópia autenticada da Certidão de Registro emitida pelo Conselho Regional de Medicina do Paraná - CRM PR, atestando registro do(s) Certificado(s) citado(s) no inciso anterior perante o referido órgão;

Curitiba, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Cooperado

