**FICHA PROPOSTA PARA ADMISSÃO DE COOPERADO (A) – MAT.\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CIDADE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome:** | | | | | | | | | **Nasc.: / /** | | |
| **CPF:** | | **RG:** | | | | **Data Exp.: Orgão Exp.:** | | | | | |
| **Est. Civil:** | **Nome mãe:** | | | | | | | **Tel. Celular: ( )** | | | |
| **Cor/Raça:** | **Local de Nascimento:** | | | | | | | **UF:** | | | |
| **End. Residência:** | | | | | | | | | | | **Nº:** |
| **Bairro:** | **Cidade:** | | | | **CEP:** | | | | | **Tel.: ( )** | |
| **End. Consultório:** | | | | | | | | | | | **Nº:** |
| **Bairro:** | **Cidade:** | | | | **CEP:** | | | | | **Tel.: ( )** | |
| **E-mail:** | | | | **Consultório adicional: Sim ( ) Não ( )** | | | | | | | |
| Conta Bancária: UNICRED | | | | **AG.:** | | | | | **C/C:** | | |
| **INSS nº:** | | | **ISSQN nº:** | | | | **CNES nº:** | | | | |

**Inscrevo-me na(s): Especialidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Mestrado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Doutorado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Declaro não exercer nenhuma atividade que colida com o interesse da sociedade e dos seus cooperados. Autorizo realizar a qualquer tempo uma *avaliação técnica* das condições gerais do meu consultório. Declaro, ainda, que as informações prestadas nesta ficha-proposta representam a expressão da verdade e qualquer alteração a Uniodonto será comunicada através do e-mail suportecooperado@uniodontocampinas.com.br**

**Anexar na sequência abaixo as cópias atualizadas dos documentos:**

1. **RG (Registro Geral) / CPF (Cadastro de Pessoa Física)**
2. **Cartão de identificação do CRO**
3. **Matrícula de autônomo no INSS (Instituto Nacional do Seguro Social)**
4. **Ficha de Inscrição de contribuinte do ISSQN (Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza)**
5. **Alvará de Licença e Localização “USO” do Consultório (Prefeitura Municipal)**
6. **Alvará Sanitário do Consultório (Anvisa)**
7. **CNES – Cadastro Nacional Estabelecimento de Saúde *(indispensável constar nome do candidato)***
8. **Certificado de “Graduação” e “Especialização” com “registro no CRO”**
9. **Apólice - Seguro de responsabilidade Civil (RC)**
10. **Foto 3x4 do proponente*****(1 recente)***
11. **Fotos do consultório *(fachada / recepção / consultório)***
12. **Indicação do(a) cooperado(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matrícula:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**12) Assinale com um (X), na lista de especialidades abaixo, qual (is) você realiza em seu consultório, mesmo sem ter o título de especialista, ou seja, sua ÁREA DE ATUAÇÃO dentro da odontologia atual (caso atue em alguma área que não esteja na lista, favor acrescentar no campo em branco):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais** |  | **Odontogeriatria** |
|  | **Dentística** |  | **Odontopediatria** |
|  | **Disfunção Têmporo-Mandibular e Dor-Orofacial** |  | **Ortodontia** |
|  | **Endodontia** |  | **Ortopedia Funcional dos Maxilares** |
|  | **Estomatologia** |  | **Patologia Bucal** |
|  | **Radiologia Odontológica e Imaginologia** |  | **Periodontia** |
|  | **Implantodontia** |  | **Prótese Buco-Maxilo-Facial** |
|  | **Odontologia Legal** |  | **Prótese Dentária** |
|  | **Odontologia do Trabalho** |  | **Saúde Coletiva e da Família** |
|  | **Odontologia Pacientes com Necessidades Especiais** |  |  |

***OBS.: Os requisitos são indispensáveis para darmos sequência ao processo do cadastro de sua ficha.***

* **Todos os campos da ficha proposta deverão estar preenchidos.**
* **Imprescindível a indicação de um cooperado ativo.**
* **Os documentos deverão estar legíveis.**