

**ANEXO A****DADOS PESSOAIS**

Nome completo: \_\_\_\_\_

Local de nascimento: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

CNES: \_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Telefone residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Quanto tempo reside em Itabira? \_\_\_\_\_

**FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO**

Especialidade: \_\_\_\_\_

Data da Graduação: \_\_\_\_\_

Instituição de Ensino Superior: \_\_\_\_\_

Possui certificado de residência médica? \_\_\_\_\_

Possui certificado de Título de Especialista AMB? \_\_\_\_\_

Especialidade registrada no Conselho Regional de Medicina? \_\_\_\_\_

**ATENDIMENTO**

Procedimentos realizados (códigos CBHPM): \_\_\_\_\_  
(Relacionar os procedimentos em uma folha à parte e anexá-la a este formulário. Se somente consulta, apenas escreva “consulta”).

Local de atendimento: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Dias da semana: \_\_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_

Quanto tempo atende na especialidade em Itabira? \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES FISCAIS**

Recolhe INSS? \_\_\_\_\_ N° de inscrição no INSS: \_\_\_\_\_

Recolhe ISS: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES BANCÁRIAS**

Banco: \_\_\_\_\_

Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO**

Ao me inscrever neste processo seletivo, declaro, automaticamente, sob as penas da lei, que: (i) preencho todos os requisitos exigidos no Edital, implicando, de minha parte, o conhecimento e a aceitação das presentes normas e instruções estabelecidas no inteiro teor do Edital e nas normas legais pertinentes, bem como em eventuais aditamentos e instruções específicas para a realização do certame, acerca dos quais não poderá alegar desconhecimento; (ii) as informações por mim prestadas são verdadeiras, assim como os documentos por mim apresentados, sendo que a declaração falsa ou inexata dos dados constantes na ficha de inscrição, de inteira responsabilidade do candidato, bem como a apresentação de documentos falsos ou inexatos, em qualquer etapa descrita neste Edital, determinará o cancelamento da inscrição, desclassificação do candidato e/ou a anulação de todos os atos decorrentes, em qualquer época, sem prejuízo de eventuais sanções cíveis e penais cabíveis; (iii) concordo com o tratamento de meus dados pessoais para finalidade específica e/ou em razão de obrigação legal, em conformidade com a Lei nº 13.709 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD), consentindo que a Unimed Itabira tome decisões referentes ao tratamento de meus dados pessoais, bem como realize o tratamento destes, envolvendo operações como a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração; cujo tratamento será realizado para possibilitar a minha participação no processo seletivo de que trata o Edital e todos os atos que decorram da eventual relação de cooperação a ser firmada entre o candidato e a Unimed Itabira.

Local e data:

Assinatura: