

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: