[**www.unimed.coop.br/guarapuava**](http://www.unimed.coop.br/guarapuava)Rua Capitão Rocha, 1273 85010.270 Centro, Guarapuava - PR **T.** (42) 3621-7500



SAC 0800 041 4554 | Deficientes auditivos 0800 642 209

**ANEXO III**

**FORMULÁRIO PROPOSTA DE ADMISSÃO**

|  |
| --- |
| **PROPOSTA DE SOLICITAÇÃO DE ADMISSÃO AO QUADRO DE COOPERADOS DA UNIMED GUARAPUAVA** |
| NOME COMPLETO: |
| ESTADO CIVIL: |
| CPF: RG: CRM |
| ESPECIALIZAÇÃO 1: RQE: |
| ÁREA DE ATUAÇÃO: RQE: |
| ESPECIALIZAÇÃO 2: RQE: |
| ÁREA DE ATUAÇÃO: RQE: |
| INSTITUIÇÃO DE FORMAÇÃO: DATA: |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL: |
| TELEFONE PARA CONTATO: |
| EMAIL PARA CONTATO: |
| Venho por meio desta solicitar a admissão ao quadro de cooperados da Unimed Guarapuava para atendimento na área de:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Informo que estarei atendendo no endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Telefone comercial: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e carimbo  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_de julho de 2023  Cidade e data |

