

	REQUERIMENTO	Data:
---	---------------------	--------------

NOME: Eu (Nome completo sem abreviaturas)		CRO no.	
CPF.:	RG.:	Telefone: ()	
Com residência à Rua:	No.	CEP:	Bairro: Cidade:
Estado Civil:	Data de Nascto:	Natural de:	Nacionalidade:
Filiação:	PAI:		
	MÃE:		
Nr. De dependentes Imposto de Renda:			
NOME	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	
1)			
2)			

End. Consultório: Acesso Cadeirante: Sim ☐ Não ☐			
Rua:	No.	Compl.:	Cidade:
Bairro:	CEP:	Estado:	Fone: E-mail:
Conta bancária:	Banco:	Agência:	No. Conta
INSS/NTT no.	ISSQN no.	CNES no.:	

atendo nos horários: das _____ as _____ e das _____ as _____ venho requerer minha inscrição no quadro de cooperados da **UNIODONTO DE SOROCABA Cooperativa Odontológica**, comprometendo-me a observar os Estatutos e Regulamentos da mesma, e a subscrever quotas partes de capital, bem como a observar as demais normas do Estatuto Social, dentro da(s) seguinte(s) Área(s) de Atuação e/ou especialidade(s) que vou atender conforme abaixo assinalado:

() DENTÍSTICA	() ENDODONTIA	() ESTOMATOLOGIA
() IMPLANTODONTIA	() ODONTOLOGIA LEGAL	() ODONTOGERIATRIA
() ODONTOPEDIATRIA	() ORTODONTIA	() PATOLOGIA BUCAL
() PERIODONTIA	() PROTESE DENTÁRIA	() SAÚDE COLETIVA
() PROTESE BUCO-MAXILO-FACIAL () ODONTOLOGIA DO TRABALHO		
() ORTOPEDIA FUNCIONAL DOS MAXILARES () RADIOLOGIA ODONTOLOGICA E IMAGINOLOGIA		
() ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS		
() CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAS.		

Comprometo-me a não exercer nenhuma atividade que colida com o interesse e o objetivo da sociedade e dos seus cooperados.

Autorizo realizar a qualquer tempo uma avaliação técnica das condições gerais do (s) meu(s) consultório(s). Declaro ainda, que as informações prestadas neste requerimento representam a expressão da verdade e qualquer alteração informarei por escrito a Uniodonto de Sorocaba.

Sorocaba, _____ de _____ de _____.

Assinatura

Anexar cópia simples dos documentos: 1) Cartão CRO com foto, 2) RG, 3) CPF, 4) Matrícula de Autônomo no INSS, 5) Título de eleitor, 6) Ficha de Inscrição do ISSQN, 7) Alvará de Licença e Localização do Consultório, 8) Alvará Sanitário do Consultório, 9) CNES (INDISPENSÁVEL CONSTAR O NOME DO CANDIDATO), 10) Diploma de Graduação e Especialização COM REGISTRO NO CRO, (mínimo de 02 anos) e Especialização (cópias autenticadas) 11) uma foto 3x4 do proponente e 12) Fotos do Consultório, 12) certidão de Nascimento ou casamento.

PARECER DO. CONSELHO TÉCNICO

☐ APROVADO

☐ REPROVADO

Dr. Ricardo Harder

Assinatura

Data ____/____/____

DEFERIMENTO

☐ APROVADO

☐ REPROVADO

Dr. Paulo Roberto X de Almeida

Assinatura

Data ____/____/____

UNIODONTO DE SOROCABA ANS 33424-3

Endereço: Av: Barão de Tatuí, 628 - Vergueiro - Sorocaba -S/P - CEP 18030-000 - Telefax: 3234.9424

Site www.uniodontosorocaba.com

email uniodontosor@uniodontosorocaba.com.br

FORSOQ019 28/01/2025