

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:		PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO
NOME			
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/NIT 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:

<input type="checkbox"/> DENTÍSTICA	<input type="checkbox"/> ENDODONTIA	<input type="checkbox"/> ESTOMATOLOGIA
<input type="checkbox"/> IMPLANTODONTIA	<input type="checkbox"/> ODONTOLOGIA LEGAL	<input type="checkbox"/> ODONTOGERIATRIA
<input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA	<input type="checkbox"/> ORTODONTIA	<input type="checkbox"/> PATOLOGIA BUCAL
<input type="checkbox"/> PERIODONTIA	<input type="checkbox"/> PROTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> SAÚDE COLETIVA
<input type="checkbox"/> PROTESE BUCO-MAXILO-FACIAL <input type="checkbox"/> ODONTOLOGIA DO TRABALHO		
<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA FUNCIONAL DOS MAXILARES <input type="checkbox"/> RADIOLOGIA ODONTOLOGICA E IMAGINOLOGIA		
<input type="checkbox"/> ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS		
<input type="checkbox"/> 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) Comprovante de retenção de INSS, 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.

PARECER DO. CONSELHO TÉCNICO

APROVADO

REPROVADO

Dr. Ricardo Harder

Assinatura

Data ____/____/____

DEFERIMENTO

APROVADO

REPROVADO

Dra. Valéria Regina Athayde

Assinatura

Data ____/____/____