

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/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:

- () 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

Dra. Valéria Regina Athayde

Assinatura

Data ____/____/____