

## FICHA DE CADASTRO DE MÉDICOS NÃO COOPERADOS DA UNIMED-BH

Nº

## COOPERATIVA BASE

## PREENCHIMENTO PELO MÉDICO

Nome:	CPF:	
CRM:	Órgão Emissor:	Data de Emissão: / /
RG:	Órgão Emissor:	Data de Emissão: / /
Data de Nascimento: / /	Naturalidade:	Nacionalidade:
RNE(Registro Nacional de Estrangeiro):	Órgão Emissor:	Data de Emissão: / /
Naturalização : ( ) Casado com Brasileiro ( ) Filhos Brasileiros	Data de chegada no Brasil: / /	
Nº do INSS:	Nº do ISS:	CNS:
Nome da Mãe:		
Nome do Pai:		
E-mail:		

**Classificação da condição do trabalhador estrangeiro no Brasil:**

- ( ) Visto permanente ( ) Permanência no Brasil em razão de filhos ou conjugue brasileiros  
 ( ) Visto temporário ( ) Residente em país fronteiro ao Brasil  
 ( ) Asilado ( ) Deficiente físico e com mais de 51 anos  
 ( ) Refugiado ( ) Com residência provisória e anistiado, em situação irregular  
 ( ) Solicitante de Refúgio ( ) Beneficiado pelo acordo entre países Mercosul  
 ( ) Beneficiado pelo tratado de Amizade, Cooperação e Consulta entre a República Federal do Brasil e República Portuguesa

Raça / Cor:	Grau de Instrução:	Deficiência:	Sexo:	Estado Civil
( ) Branco	( ) Educação Superior	( ) Física	( ) Feminino	( ) Solteiro
( ) Pardo	( ) Pós Graduação	( ) Auditiva	( ) Masculino	( ) Casado
( ) Negro	( ) Mestrado em Andamento	( ) Visual		( ) Desquitado/Divorciado
( ) Amarelo	( ) Mestrado Completo			( ) Viúvo
( ) Indígena	( ) Doutorado em andamento			( ) Separado
( ) Não informado	( ) Doutorado Completo			

## ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua:		
Bairro:		
Cidade:	CEP:	UF:
Telefone Fixo:	Celular:	

## ENDEREÇO COMERCIAL (SOMENTE CONSULTÓRIO)

Rua:		
Bairro:		
Cidade:	CEP:	UF:
Telefone Fixo:	Celular:	

Já recebe benefício previdenciário da aposentadoria por tempo de contribuição ou idade? ( ) SIM ( ) NÃO

## ESPECIALIDADE

(A UNIMED BH SÓ ACEITA UMA ESPECIALIDADE CADASTRADA POR COOPERADO)

## LOCAL ONDE PRESTARÁ ATENDIMENTO MÉDICO

Data: / /

Assinatura