

CADASTRAMENTO MÉDICO

(Favor preencher com letra de forma.)

Prezados senhores,

Eu, _____, CRM-MG _____, solicito cadastramento junto à cooperativa _____ com interveniência da Fencom, para receber honorários referentes aos atendimentos de clientes Unimed-BH, executados por mim exclusivamente no Hospital _____, para atendimento de _____.

(auxílio cirúrgico, eletivo, urgência e emergência)

Declaro que estou apto para exercer tal atividade, conforme documentação oficial anexa.

Assinatura:

Belo Horizonte, ____ de _____ de 202 ____.

Responsável/Cooperativa

Conferido

____/____/____