**ANEXO I**

**FICHA DE INSCRIÇÃO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS**

**“HOSPITAL UNIMED CAMPINAS (HUC)”**

Nome do(a) Cooperado(a): _____

Especialidade: _____CRM_____

Telefone: _____ WhastApp:_____

E-mail:_____

1. ***Check list* de documentos que devem ser apresentados na inscrição:**

Cópia simples (não precisa ser autenticada):
(  ) Currículo atualizado (plataforma *Lattes*);
(  ) Comprovante de residência médica, título de especialidade e outras titulações;
(  ) Carteira do Conselho Regional Medicina;

***** *Médicos cooperados mesmo com cadastro no Relacionamento com Cooperados deverão apresentar os documentos acima como forma de atualização de dados.*

2. ***Requisitos para prestação de serviços médicos***

| | |
|---|---|
| Possuir certificado digital válido (caso não tenha, a Unimed Campinas providenciará) | |
| Realizar atendimento via RES | |

Assinatura do cooperado:

Av. Barão de Itapura, 1123 - Guanabara
Campinas / SP - CEP 13020-901
Fone: 0800 013 66 88 - Fax: (19) 3231 7434
CNPJ 46.124.624/0001-11
www.unimedcampinas.com.br