

**CADASTRAMENTO MÉDICO NÃO COOPERADO PARA
AUXÍLIO CIRÚRGICO (INCLUSÃO)**

(Favor preencher com letra de forma.)

Nome do Cooperado Unimed-BH: _____

CRM-MG: _____ CPF: _____ Data Nascimento: ____/____/____

Especialidade: _____

Telefone(s) de contato: _____

Indico o médico abaixo para atuar como auxiliar em cirurgias realizadas em clientes da Unimed-BH.

Nome do Não Cooperado Indicado: _____

CRM-MG: _____ CPF: _____ Data Nascimento: ____/____/____

Especialidade: _____

Telefone(s) de contato: _____

Assinatura e carimbo do Médico Cooperado Unimed-BH:

Belo Horizonte, ____ de _____ de 202____.

Responsável/Fencom

Conferido

____/____/____

Responsável/Cooperativa

Conferido

____/____/____