

**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O ESTATUTO E REGIMENTO INTERNO**

Art. 21, XVII - Regimento Interno da Unimed Regional Sul Goiás

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do CRM/GO Nº \_\_\_\_\_, para todos os fins legais que se fizerem necessários, DECLARO minha expressa concordância com o Estatuto Social e Regimento Interno da Unimed Regional Sul Goiás Cooperativa de Trabalho Médico, os quais juntamente com a Lei 5.764/71, são os principais instrumentos que regulam a vida cooperativista, consolida decisões, delega poderes e funções aos sócios.

DECLARO ainda ter recebido cópia do referido Estatuto e Regimento Interno (via e-mail), e que desde já me comprometo a cumprir todas as obrigações societárias estabelecidas nestes, inclusive a de exercer minhas atividades profissionais dentro da área de ação fixada no seu Art. 1º, inciso V.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração na presença de duas testemunhas abaixo assinadas.

Itumbiara-GO, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Médico (a) Cooperado (a)  
CRM/GO \_\_\_\_\_

**Testemunhas:**

Nome:	Nome:
RG n:	RG n:
CPF n°:	CPF n°:

**DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO NO QUADRO SOCIAL DE OUTRA UNIMED**  
Art. 21, XIII - Regimento Interno da Unimed Regional Sul Goiás Cooperativa de Trabalho Médico

Prezado Diretor Presidente,

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do CRM/GO nº \_\_\_\_\_, venho por meio desta informar que estou me candidatando a ser Médico (a) Cooperado (a) na especialidade de \_\_\_\_\_, e DECLARO, para os devidos fins, que:

**NÃO PARTICIPO** do quadro social de outra cooperativa integrante do sistema UNIMED.

**PARTICIPO** do quadro social de outra cooperativa integrante do sistema UNIMED.

Caso tenha participado, favor preencher:

Unimed : \_\_\_\_\_

Logradouro : \_\_\_\_\_

Data de Admissão : \_\_\_\_\_

Declaro serem verdade todas as informações contidas neste documento e coloco-me a disposição para esclarecimentos.

Itumbiara-GO, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Médico (a) Cooperado (a)  
CRM/GO \_\_\_\_\_

Á Unimed Regional Sul Goiás Cooperativa de Trabalho Médico  
Rua João Manoel de Souza, 889, Centro - Itumbiara, Goiás  
Setor de Relacionamento com o Cooperado



## TERMO DE DECLARAÇÃO E COMPROMETIMENTO

Art. 22, IX - Regimento Interno da Unimed Regional Sul Goiás Cooperativa de Trabalho Médico

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_ e portador do RG de nº \_\_\_\_\_ expedido pela SSPMG,

**declaro que:**

I - Desejo ingressar no quadro social da Unimed Regional Sul Goiás, por minha livre e espontânea vontade;

II - Recebi e tomei ciência do Estatuto Social, do Regimento Interno, da Missão e da Política e do Código de Conduta da Unimed Regional Sul Goiás;

III - Tenho conhecimento de que a Unimed Regional Sul Goiás é uma cooperativa de trabalho e que a minha condição será de sócio cooperado, portanto, trabalhador autônomo, sem vínculo empregatício, inscrito no INSS como contribuinte individual, nos termos seguintes:

***Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971 (Lei das Cooperativas)***

Art. 90 - Qualquer que seja o tipo de cooperativa, não existe vínculo empregatício entre ela e seus associados.

***Decreto - Lei nº 5.5452, de 1º de maio de 1943 (Consolidação das Leis do Trabalho)***

Art. 442 (...) - Parágrafo único - Qualquer que seja o ramo de atividade da sociedade cooperativa, não existe vínculo empregatício entre ela e seus associados, nem entre estes e os tomadores de serviços daquela.

IV - Cumprirei as deliberações da Assembleia Geral, onde terei o direito de votar e ser votado, inclusive para cargos eletivos, desde que esteja em dia com minhas obrigações para com a cooperativa;

V - Estou ciente de que, caso eu não comunique o afastamento das minhas atividades, seja qual for o motivo, estarei infringindo normas estatutárias, podendo inclusive ser eliminado da cooperativa;

VI - Estou ciente de que, ao demitir-me da Unimed Regional Sul Goiás, conforme dispõe o art. 32 da Lei 5.764/71:

a) só receberei a devolução das minhas cotas-partes integralizadas na cooperativa se eu as tiver integralizado na sua totalidade;

b) deve ser realizada a compensação de eventuais débitos pendentes, a fim de que haja total quitação, nos termos do Estatuto Social e do Regimento Interno;

**Comprometo-me a:**

I - Cumprir, respeitar e defender o Estatuto Social e o Regimento interno da Unimed Regional Sul Goiás, bem como dedicar-me com entusiasmo em todas as minhas atividades, a fim de que a Unimed Regional Sul Goiás possa cumprir seus objetivos sociais;

II - Participar de Assembleias (ordinárias e extraordinárias) da Unimed Regional Sul Goiás e de reuniões sobre assuntos relacionados às minhas atividades, como sócio cooperado;

III - Participar por 3 (três) anos como médico plantonista no Hospital da Unimed Regional Sul Goiás, em um total de 48 horas/mês.

IV - Participar de todo e qualquer treinamento referente às atividades que exerço;

V - Avisar a Unimed Regional Sul Goiás, em tempo hábil, quando eu desejar ausentar-me das atividades que porventura venha a exercer, conforme o estatuto social;

VI - Integralizar as cotas-partes de capital, conforme estatuto social;

VII - Quando desejar demitir-me da Unimed Regional Sul Goiás, preencher, assinar o livro de matrículas do quadro associativo da cooperativa;

VIII - Assumir o risco e participar como sócio solidário, quando da apuração dos resultados do exercício, nas sobras ou nas perdas.

Itumbiara-GO, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Médico Cooperado

CRMGO \_\_\_\_\_

**Testemunhas:**

Nome:	Nome:
RG n°:	RG n°:
CPF n°:	CPF n°:

## TERMO DE DECLARAÇÃO E COMPROMETIMENTO

Art. 22, X - Regimento Interno da Unimed Regional Sul Goiás Cooperativa de Trabalho Médico

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_ e portador do RG de nº \_\_\_\_\_ expedido pela \_\_\_\_\_, estou ciente e me comprometo a participar por 3 (três) anos como médico plantonista no Hospital da Unimed Regional Sul Goiás, em um total de 48 horas/mês conforme preconiza o Estatuto Social e Regimento Interno da Unimed Regional Sul Goiás Cooperativa de Trabalho Médico, sob pena de infração dos respectivos diplomas legais.

Itumbiara-GO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Médico Cooperado

CRMGO \_\_\_\_\_

### Testemunhas:

Nome:	Nome:
RG n°:	RG n°:
CPF n°:	CPF n°:



## DCLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_ inscrito  
no CPF/MF sob o n° \_\_\_\_\_ e portador do RG de  
n° \_\_\_\_\_ expedido pela \_\_\_\_\_, declaro para  
os devidos fins que resido na \_\_\_\_\_, sob pena de infração dos  
respectivos diplomas legais.

Itumbiara-GO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Médico Cooperado

CRMGO \_\_\_\_\_

