



**PROCESSO SELETIVO DE CANDIDATOS A NOVOS COOPERADOS UNIMED GRANDE  
FLORIANÓPOLIS**

**Edital nº 01/2024**

**Anexo V – DECLARAÇÃO DE (NÃO) PARTICIPAÇÃO**

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Edital 01/2024**

**Especialidade/Área de Atuação:** \_\_\_\_\_ **Nº CRM**

**Texto livre - Deverão ser observadas todas as condições especificadas no Edital – observada a regra de um formulário por recurso**

Declaro para os devidos fins que nunca participei de outra cooperativa do Sistema Unimed;

Declaro para os devidos fins que já foi cooperado de outra cooperativa do Sistema Unimed, conforme certidão negativa de débitos e infrações anexa. (em caso de escolha desta opção o candidato deverá anexar a certidão negativa emitida pela cooperativa anterior)

**Florianópolis/SC, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024**

**Assinatura Candidato** (Igual ao do documento de identidade encaminhado com a documentação):