

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DO CURSO DE COOPERATIVISMO**

Eu, \_\_\_\_\_, brasileiro(a),  
médico(a), portador(a) do documento de identidade n.º \_\_\_\_\_  
inscrito(a) no CPF n.º \_\_\_\_\_ e CRM/\_\_\_\_ n.º \_\_\_\_\_,  
residente \_\_\_\_\_ e domiciliado(a) \_\_\_\_\_ na  
\_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, nesta cidade de Belém/PA, Edital n.º / \_\_\_\_\_, **DECLARO** ter  
ciência de que, em caso de aprovação no presente Processo Seletivo para  
Cooperação de Médicos – Unimed Belém – Edital de Abertura n.º / \_\_\_\_\_, será  
obrigatória a minha participação em Curso de Cooperativismo, considerado  
como pré-requisito para o efetivo ingresso na Cooperativa, com obtenção de  
frequência mínima de 100% (cem por cento).

Belém, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Médico (a) CRM/PA \_\_\_\_\_