



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO PARA PLANO DE AUXÍLIO MÚTUO

---

---

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, na condição  
de cooperado, autorizo expressamente a Cooperativa dos Médicos  
Anestesiologistas do Ceará – COOPANEST-CE, CNPJ 11.807.245/0001-41,  
quando de meu falecimento, pagar as pessoas abaixo indicadas  
(beneficiários), nas devidas proporções (%) por mim estabelecidas, a título  
de AUXÍLIO FUNERAL, conforme restou deliberado na Assembléia Geral  
Extraordinária realizada no dia 20 de Setembro de 2017.

Nome do beneficiário	Grau de Parentesco	Percentual (%)

Fortaleza, de \_\_\_\_\_ de 20

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do médico cooperado.