**COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DO CEARÁ – COOPANEST-CE**

**CNPJ 11.807.245/0001-41**

**DECLARAÇÃO E TERMO DE COMPROMISSO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, médico(a) anestesiologista, nacionalidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CRM-CE nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, candidato(a) a associado(a), DECLARO que estou ciente de todas as condições para ser cooperado(a) da COOPANEST e que, como condição de ingresso e permanência na Sociedade e em cumprimento de disposições estatutárias, assembleares e de normas internas da Cooperativa, se admitido, terei que cumprir **24 (vinte e quatro) horas semanais de plantão, pelo período de 36 (trinta e seis) meses** a contar da data de minha admissão, nas escalas de plantão coordenadas pela COOPANEST-CE, contemplando a capital e/ou interior do Estado do Ceará, consoante as necessidades da Cooperativa e que deverei dispor de tempo e disponibilidade para cumprir os referidos plantões, mediante a remuneração regular paga pela Cooperativa, pelo que firmo a presente DECLARAÇÃO E TERMO DE COMPROMISSO, de livre e espontânea vontade, na melhor forma de direito, comprometendo-me a cumprir as disposições acima, fazendo-o presente instrumento firme e valioso em qualquer tempo e lugar.

Fortaleza-CE,\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura