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

**CNPJ 11.807.245/0001-41**

**DECLARAÇÃO DE VÍNCULO FUNCIONAL/EMPREGATÍCIO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, médico(a) anestesiologista, nacionalidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_\_\_, endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, candidato(a) a associado(a), DECLARO que estou ciente de todas as condições para ser cooperado(a) da COOPANEST-CE e que, como condição de ingresso e permanência na Sociedade em cumprimento de disposições estatutárias, e no disposto no artigo 29, § 4° da Lei 5.764/1971, DECLARO, ainda, que faço parte da composição societária de nenhuma pessoa jurídica e, que me comprometo a informar a cooperativa tão logo esta condição seja alterada.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PESSOA JURIDICA (NOME) | CNPJ | VÍNCULO (CARGO) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Fortaleza (CE), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

|  |
| --- |
|  |
| Assinatura e carimbo |