**PROPOSTA DE ADMISSÃO**

Ao (À) Senhor(a),

Diretor(a) Presidente da Cooperativa dos Médicos Anestesiologistas do Ceará – COOPANEST-CE (CNPJ 11.807.245/0001-41).

 De acordo com os termos do capítulo III do Estatuto Social desta entidade, vimos propor para associar-se a essa Cooperativa o(a) médico(a) anestesiologista, Dr.(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CRM-CE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 O(a) nova(a) associado(a) se compromete a subscrever as quotas-partes de capital, nos termos do art. 8º e art. 22 do Estatuto Social dessa entidade, bem como assinar esta proposta em companhia de 3 (três cooperados proponentes com produção ininterrupta nos últimos 3 (três) anos, conforme §1º do mesmo art. 8º.

**COOPERADOS PROPONENTES:**

Cooperado 1:

CRM-CE:

CPF:

Cooperado 2:

CRM-CE:

CPF:

Cooperado 3:

CRM-CE:

CPF:

Fortaleza, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.

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

Assinatura e carimbo do médico

**PARA USO EXCLUSIVO DA COOPANEST-CE**

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*Assinatura Diretor(a) Presidente*

Proposta Aprovada

Proposta **Não** Aprovada