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

**CNPJ 11.807.245/0001-41**

**FORMULÁRIO DE ADESÃO AO PLANO DE AUXÍLIO MÚTUO - PAM**

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO PARA PLANO DE AUXÍLIO MÚTUO**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,CPF nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CRM-CE nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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 MÚTUO, conforme restou deliberado na Assembleia Geral Extraordinária realizada no dia 20 de Setembro de 2017.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME DO BENEFICIÁRIO | GRAU DE PARENTESCO | PERCENTUAL (%) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**­­­­­­­­­­­­­­­­** Fortaleza (CE), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.

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

Assinatura e carimbo

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CASO NÃO HAJA INTERESSE NA ADESÃO AO PLANO DE AUXÍLIO MÚTUO – PAM, PREENCHER OS DADOS ABAIXO E REGISTRAR ASSINATURA NO CAMPO ESPECÍFICO.**  Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CRM-CE nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro, DEFINITIVAMENTE, não haver interesse em aderir ao Plano de Auxílio Mútuo – PAM, bem como estou ciente que não poderei solicitá-la futuramente.  Fortaleza (CE), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.   |  | | --- | |  | | Assinatura e carimbo | |