

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DO CURSO DE COOPERATIVISMO**

Eu, \_\_\_\_\_, brasileiro(a),  
médico(a), portador(a) do documento de identidade n.º \_\_\_\_\_  
inscrito(a) no CPF n.º \_\_\_\_\_ e CRM/\_\_\_\_ n.º \_\_\_\_\_, residente  
e domiciliado(a) na \_\_\_\_\_,  
n.º \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, nesta cidade de Belém/PA, **DECLARO** ter  
ciência de que, em caso de aprovação no presente Processo Seletivo para  
Cooperação de Médicos – Unimed Belém – Edital de Abertura n.º \_\_\_\_/\_\_\_\_,  
será obrigatória a minha participação em Curso de Cooperativismo, considerado  
como pré-requisito para o efetivo ingresso na Cooperativa, com obtenção de  
frequência mínima de 100% (cem por cento).

Belém, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Médico (a) CRM/PA \_\_\_\_\_