

PROCESSO DE ADMISSÃO DE NOVOS MÉDICOS COOPERADOS  
NA UNIMED CAMPINAS 2024  
INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 003/2024

Eu, Dr(a). \_\_\_\_\_,

CRM \_\_\_\_\_, especialidade \_\_\_\_\_,

DECLARO que tendo livre disposição, concordo e comprometo-me a cumprir com as regras estatutárias, regimentais e demais normativas da Cooperativa. DECLARO, ainda, que tenho pleno conhecimento de que a atividade maior da Unimed Campinas compreende a operação de planos individuais e coletivos de assistência à saúde, através dos médicos cooperados e que essa atividade é regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através de Lei 9.656 de 03 de junho de 1998.

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

---

Assinatura do candidato ou representante\*

\*representante munido de procuração reconhecida em cartório