**À**

**COMISSÃO ELEITORAL**

**DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE**

Eu, -<nome completo>, portador(a) do documento de identidade n.º <contendo tipo, número, órgão expedidor e data de expedição>, -inscrito(a) no CPF/MF sob o nº <11 dígitos>, médico cooperado da Unimed de Cascavel, declaro para os devidos fins a quem possa interessar que atualmente não possuo qualquer Conflito de Interesse que possa colocar as atividades que pretendo desempenhar como CONSELHEIRO em risco, bem como, que as informações por mim prestadas neste documento são verdadeiras.

Declaro que, não tenho vinculação societária, participativa, não ocupo cargo Diretivo e ou de alguma forma participo direta ou indiretamente de **empresas prestadoras de saúde concorrentes da Cooperativa, ou ainda, operadoras que sejam concorrentes desta Cooperativa**, bem como, não pratico atividade médica como assalariado, ou sob forma assemelhada junto as mesmas.

Declaro ter ciência que é motivo de destituição do cargo ao qual fui eleito e ou exoneração da função ocupada, a constatação, a qualquer tempo, do desatendimento ao regramento acima disposto.

Por ser expressão da minha vontade e da verdade, firmo a presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Cascavel, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023.

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

**Nome e Assinatura do Candidato**