

Anexo I

FICHA DE INSCRIÇÃO

EDITAL PARA PROCESSO DE ADMISSÃO DE MÉDICO COOPERADO

Eu,

Especialidade:

Naturalidade

Estado Civil:

Endereço:

RG n.º

CPF n.º

CRM n.º

Venho requerer minha inscrição para sócio da Unimed Nova Iguaçu Cooperativa de Trabalho médico LTDA, na seguinte especialidade/área de atuação e localidade:

Especialidade/área de atuação:

Localidade:

Comprometo-me a:

1. Observar seus Estatutos, Regimento interno e tabelas de honorários;
2. Subscrever quotas-partes cujo valor deverá ser pago na data de assinatura do livro de matrícula de Cooperados da Unimed Nova Iguaçu;
3. Não exercer especialidade médica além daquela em que pede a inscrição;
4. Comunicar a Unimed Nova Iguaçu qualquer alteração de endereço, telefone ou outros dados contidos no cadastro.

Nova Iguaçu, _____, de _____ de 2026.

Candidato

Dr(a).

COOPERADOS SUBSCRITORES

Nome	Matrícula	Assinatura

ANEXO II

Declaração de consentimento para tratamento de dados pessoais

EDITAL PARA PROCESSO DE ADMISSÃO DE MÉDICO COOPERADO

Este documento visa registrar a manifestação livre, informada e inequívoca para o qual o Titular concorda com o tratamento de seus dados pessoais para a finalidade determinada, em conformidade com a Lei n. 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD.

Ao

Nome Completo do Titular

Telefone

RG

CPF

manifestar sua aceitação com o tratamento dos dados para as finalidades descritas abaixo o Titular declarante concorda que a empresa **Unimed Nova Iguaçu Cooperativa de Trabalho Médico**, CNPJ nº **28.714.533/0001-54**, com sede na **Rua Humberto Gentil Baroni nº 180 – Centro – Nova Iguaçu**, denominada Controlador, colete, armazene, utilize e compartilhe para a realização da finalidade informada. O Controlador fica autorizado a tomar decisões referentes ao tratamento e a realizar o tratamento dos seguintes dados pessoais do Titular:

Dados Pessoais Coletados

- Nome completo, telefone, CPF e RG, CRM.

Finalidades do Tratamento dos Dados

O tratamento dos dados pessoais listados neste termo tem as seguintes finalidades:

- Participação no Processo de Admissão de Novos Cooperados 01/2026.

Compartilhamento de Dados

O Controlador fica autorizado a compartilhar os dados pessoais do Titular com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades listadas neste termo, observados os princípios e as garantias estabelecidas pela Lei nº 13.709.

Segurança dos Dados

O Controlador responsabiliza-se pela manutenção de medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

Em conformidade ao art. 48 da Lei nº 13.709, o Controlador comunicará ao Titular e à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) a ocorrência de incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante ao Titular.

Término do Tratamento dos Dados

A Controladora poderá manter e tratar os dados pessoais do menor durante todo o período em que os mesmos forem pertinentes ao alcance das finalidades listadas neste termo.

O responsável declarante poderá solicitar a qualquer momento, a revogação do consentimento para o tratamento dos dados pessoais do menor.

Em conformidade ao Art. 16, inciso I, da Lei 13.709/18, a Controladora poderá conservar os dados pessoais para a finalidade de cumprimento de obrigação legal ou regulatória.

Direitos do Titular

O Titular tem direito a obter da Controladora, em relação aos dados por ele tratados, a qualquer momento e mediante requisição: I - confirmação da existência de tratamento; II - acesso aos dados; III - correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados; IV - anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto na Lei nº 13.709; V - portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa e observados os segredos comercial e industrial, de acordo com a regulamentação do órgão controlador; V - portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação da autoridade nacional, observados os segredos comercial e industrial; VI - eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do titular, exceto nas hipóteses previstas no art. 16 da Lei nº 13.709; VII - informação das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados; VIII - informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa; IX - revogação do consentimento, nos termos do § 5º do art. 8º da Lei nº 13.709.

Direito de Revogação do Consentimento

Este consentimento poderá ser revogado pelo Titular, a qualquer momento, mediante solicitação via e-mail ou correspondência ao Controlador.

Concordo que meus dados mencionados acima sejam utilizados para os fins deste termo.

Local e Data:	_____, ____ de _____ de _____
Assinatura do Titular:	

ANEXO III

Termo de Autorização de Uso de imagem

EDITAL PARA PROCESSO DE ADMISSÃO DE MÉDICO COOPERADO

Eu, _____

médico candidato ao Processo de Admissão de Novos Cooperados da **UNIMED NOVA IGUAÇU COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, pessoa jurídica inscrita no CNPJ sob nº 28.714.533/0001-54, no município de Nova Iguaçu, Estado do Rio de Janeiro, Rua Humberto Gentil Barone, nº 180 - Centro (“Unimed Nova Iguaçu”), AUTORIZO a Unimed Nova Iguaçu a utilizar, no prazo máximo permitido pela legislação aplicável, nome e imagem, e quaisquer outros conteúdos produzidos em relação a você (“Material”), para a iniciativa Processo de Admissão de Novos Cooperados, com início da data de ____/____/2026, que será divulgada, inclusive, nas redes sociais da Unimed Nova Iguaçu com acesso público, para os seguintes fins: (I) divulgação da empresa responsável e em campanhas publicitárias; (II) realização de trabalhos institucionais e promocionais; (III) promoção de novos eventos; (IV) quaisquer outros fins publicitários.

A presente autorização compreende o uso do conteúdo e dos dados acima mencionados, sem limitação territorial ou temporal, em todas as suas modalidades, incluindo, mas não se limitando aos seguintes meios: (I) mídia eletrônica (II) mídia televisiva; (III) mídia física; (IV) redes sociais; e (V) veículos internos e externos de comunicação.

Assim, os Materiais poderão ser utilizados em conteúdo de cunho informativo que abordem o tema da iniciativa e a marca da Unimed Nova Iguaçu, podendo referido conteúdo ser apresentado, editado e divulgado em conjunto com demais obras e/ou conteúdos produzidos por terceiros contratados pela Unimed Nova Iguaçu, em seu ambiente interno ou externo.

A Unimed Nova Iguaçu poderá, ainda, utilizar-se de todo e qualquer recurso de edição, corte, aperfeiçoamento de imagem e som, bem como quaisquer outras ferramentas tecnológicas que entenda aplicáveis e necessárias para o desenvolvimento do conteúdo, a seu exclusivo critério, quando da edição dos Materiais colhidos, nos moldes estabelecidos neste Termo, até a efetiva disponibilização deste ao público, sem qualquer da sua parte.

Esta autorização é realizada a título gratuito, de forma que reconheço que a utilização, a qualquer tempo, do material supracitado, não será passível de qualquer remuneração por parte da Unimed Nova Iguaçu, nem de reconhecimento de vínculos, de qualquer natureza, com a Unimed Nova Iguaçu.

Afirmo que mantereí o mais absoluto sigilo com relação a quaisquer dados, conteúdos, materiais, pormenores, segredos comerciais, estratégias, gráficos, relatórios, criações, designs, especificações técnicas e comerciais, dentre outros, doravante denominados “Informações Confidenciais”, a que, venha a ter acesso ou conhecimento em decorrência da iniciativa. Comprometo-me, assim, a não revelar, reproduzir, utilizar ou dar conhecimento, em hipótese alguma, a terceiros de tais Informações Confidenciais.

Por fim, declaro ser este Termo a expressão de minha vontade e, portanto, autorizando o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado.

[Local]

[Data].

Nome Completo (legível)

Assinatura

Anexo IV

Termo de Declaração e Comprometimento

EDITAL PARA PROCESSO DE ADMISSÃO DE MÉDICO COOPERADO

Eu,

Especialidade: Naturalidade

Estado Civil: Endereço:

RG n.º CPF n.º CRM n.º

Declaro que:

1. Desejo ingressar no quadro social da Unimed Nova Iguaçu, por minha livre e espontânea vontade;
2. Recebi e tomei ciência do Estatuto Social da Cooperativa;
3. Tenho conhecimento de que a Unimed Nova Iguaçu é uma cooperativa de trabalho e que a minha condição será de sócio cooperado, portanto, trabalhador autônomo, sem vínculo empregatício, inscrito no INSS como contribuinte individual, nos termos seguintes:

Lei nº. 5.764, de 16 de dezembro de 1971 (Lei das Cooperativas)

Art. 90 – Qualquer que seja o tipo de cooperativa, não existe vínculo empregatício entre ela e seus associados.

Decreto – Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 (Consolidação das Leis do Trabalho)

Art. 442 (...) – Parágrafo púnico – Qualquer que seja o ramo de atividade da Sociedade Cooperativa, não existe vínculo empregatício entre ela e seus associados, nem entre estes e os tomadores de serviços daquela.

4. Declaro ter plena ciência nos termos da Instrução Normativa n.º 01/2026, que assim dispõe:

“Art. 11º. §3º - - No prazo de 60 (sessenta meses) meses do ingresso na Cooperativa, os cooperados aprovados estarão sujeitos ao estágio probatório. O candidato admitido deverá atender os beneficiários na área de abrangência geográfica para o qual se habilitou e caso seja autorizado pela Diretoria Executiva a abertura de segundo consultório, em município distinto, não poderá atender mais dias no segundo consultório, devendo privilegiar o primeiro consultório. A prática de qualquer ato considerado lesivo aos interesses da Cooperativa implicará na exclusão/eliminação da Cooperativa. O candidato também, ao ser aprovado, será submetido aos protocolos emitidos pelo Comitê de Especialidade da Cooperativa.”



5. Tenho ciência de que a referida Instrução Normativa é a norma que regula o processo seletivo para o edital de processo de admissão de novos cooperados com vistas à Unimed Nova Iguaçu, sem nada a opor à realização do estágio probatório e à possibilidade de exclusão/eliminação acima previstos. Tenho ciência ainda de que nos casos de exclusão/eliminação previstos na norma acima transcrita, haverá estorno em meu favor do capital-social subscrito, na forma prevista do Estatuto Social da Cooperativa.
6. Tenho ciência de que, ao ingressar no quadro de médicos cooperados, estou sujeito a aprovação em minha produção de descontos em pagamentos percentuais provenientes de exames fora dos padrões parametrizados pela assistência na minha especialidade.
7. Cumprirei as deliberações da Assembleia Geral, onde terei o direito de votar e ser votado, inclusive para cargos eletivos, desde que esteja em dia com minhas obrigações para com a Cooperativa;
8. Estou ciente de que, caso eu não comunique o afastamento das minhas atividades, seja qual for o motivo, estarei infringindo normas estatutárias, podendo inclusive ser encaminhado ao Conselho Técnico da Cooperativa;

Comprometo-me a

1. Cumprir, respeitar e defender o Estatuto Social da Cooperativa, bem como dedicar-me com entusiasmo em todas as minhas atividades, a fim de que a Unimed Nova Iguaçu possa cumprir seus objetivos sociais;
2. Participar de Assembleias (Ordinárias e Extraordinárias), bem como reuniões de minha especialidade e eventos da Cooperativa como sócio cooperado;
3. Participar de todo e qualquer treinamento referente às atividades que exerço;
4. Avisar a Unimed Nova Iguaçu, em tempo hábil, quando eu desejar ausentar-me das atividades que porventura venha a exercer;
5. Integralizar as quotas-partes de capital, conforme Estatuto Social;
6. Assumir o risco e participar como sócio solidário, quando da apuração dos resultados do exercício, nas sobras ou nas perdas.

Nova Iguaçu, _____, de _____ de 2026.

Candidato

Dr(a).

COOPERADOS SUBSCRITORES

Nome	Matrícula	Assinatura

Anexo V

Declaração de participação no quadro social de outra Unimed

EDITAL PARA PROCESSO DE ADMISSÃO DE MÉDICO COOPERADO

Eu,

CRM nº.: , venho por meio desta informar que estou me
candidatando a ser médico(a) Cooperado(a) na especialidade de

, e DECLARO, para os devidos fins que,

() Não participo do quadro social de outra cooperativa integrante do Sistema Unimed.

() Participo do quadro social de outra cooperativa integrante do sistema Unimed.

Caso tenha participado, favor preencher:

Unimed:

Especialidade:

Data de admissão:

Declaro serem verdade todas as informações contidas neste documento e coloco-me a
disposição para esclarecimentos.

Nova Iguaçu, _____, de _____ de 2026.

Candidato

Anexo VI

Apresentação de questionamentos e pedidos de esclarecimentos

EDITAL PARA PROCESSO DE ADMISSÃO DE MÉDICO COOPERADO

1. Identificação

Nome do requerente	CPF
--------------------	-----

2. Identificação do candidato a ser impugnado (se for o caso)

Nome completo	CRM
---------------	-----

3. Documento a ser impugnado (se for o caso)

Nome do documento	Data
-------------------	------

4. Documento a ser impugnado (se for o caso)

A pessoa física acima identificada, vem, respeitosamente, no prazo estabelecido no cronograma do processo de seleção médicos cooperados apresentar pedido de questionamento/esclarecimentos, pelos motivos de fato e de direito que se seguem:

Nova Iguaçu, _____, de _____ de 2026.

Assinatura do requerente