

**ANEXO VI**  
**DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO EM OUTRAS COOPERATIVAS**

**Para efeitos do disposto no Regimento Interno da Unimed Francisco Beltrão, eu, abaixo assinado:**

Nome: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Local e Data do  
Nascimento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CRM nº. \_\_\_\_\_ Endereço Profissional: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Declaro, sob as penas da lei, que ( ) participei / ( ) não participei de outra Cooperativa de Trabalho Médico – UNIMED.**

**Em caso afirmativo, qual?** \_\_\_\_\_

Por fim, declaro estar ciente que a Cooperativa realizará o tratamento dos dados pessoais fornecidos por mim em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), inclusive, quando aplicável, para fins de compartilhamento com outras Unimed's por meio do Sistema de Intercâmbio ou com prestadores de serviços parceiros, tudo conforme o Aviso de Privacidade disponível no \_\_\_\_\_ endereço \_\_\_\_\_ eletrônico: <https://www.unimed.coop.br/site/web/franciscobeltrao/admiss%C3%A3o-dos-cooperados-2023> na aba Rede Assistencial, opção Admissão de Cooperados.

Francisco Beltrão, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
**Nome e Assinatura do Médico Candidato**