

## ANEXO VII DECLARAÇÃO DE NÃO PARTICIPAÇÃO EM CONCORRENTES

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

Nome: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Local e Data do  
Nascimento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CRM n.º. \_\_\_\_\_ Endereço Profissional: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

**Declaro, sob as penas da lei, que NÃO sou sócio ou membro de conselhos consultivos ou fiscais, nem ocupo cargo de direção ou administração em OPERADORAS de planos de saúde concorrentes da Unimed Francisco Beltrão.**

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 eletronicamente no site da Unimed Francisco Beltrão, 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**