

**UNIMED FRANCISCO BELTRÃO**

Av. Júlio Assis Cavalheiro, 1171 - Centro  
85.601-000 – Francisco Beltrão - Paraná  
Fone (46) 3520-5834 – SAC 0800-414554  
[www.unimed.coop.br/franciscobeltrao](http://www.unimed.coop.br/franciscobeltrao)

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA  
PROCESSO SELETIVO UNIMED FRANCISCO BELTRÃO**

Pelo presente instrumento, EU \_\_\_\_\_, inscrito no CRM \_\_\_\_\_, declaro que possuo total conhecimento das normas estabelecidas no Edital Nº 001/2023, o qual dispõe sobre o **PROCESSO SELETIVO DE MÉDICOS PARA INGRESSO COMO ASPIRANTE A COOPERADOS DA UNIMED FRANCISCO BELTRÃO**, manifestando minha concordância com os termos contidos no referido documento.

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 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.

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

Francisco Beltrão, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

---

**Nome e Assinatura do Médico Candidato**