

Eu, \_\_\_\_\_,

(Nome completo em letra de forma)

no gozo de livre disposição da minha pessoa e bens, declaro à UNIMED Vale do São Francisco – Cooperativa de Trabalho Médico, que ao ser admitido como seu cooperado, assumo as responsabilidades e obrigações a seguir discriminadas:

1. Não solicitarei dos usuários qualquer complementação de honorários médicos, exceto nos casos de serviços não cobertos contratualmente;
2. Não discriminarei ou restringirei o atendimento aos usuários da cooperativa;
3. Fico ciente de que receberei visita da auditoria médica da UNIMED, sem necessidade de prévio aviso, no meu local de atendimento, periodicamente;
4. Prestarei à Cooperativa os esclarecimentos que me forem solicitados sobre os trabalhos que executar em nome dessa, nos atendimentos aos usuários, cumprindo os prazos definidos para essa prestação, sob pena de infração ao Estatuto passível de eliminação;
5. Cumprirei todas as disposições estatutárias da Cooperativa, das quais **já tenho conhecimento** e que, caso pratique alguma infração legal ou estatutária que desabone minha conduta profissional, serei notificado e passível de sanções estabelecidas pelo seu Conselho de Administração;
6. Declaro que não participo de forma alguma como agente de comércio ou empresário de empresa operadora de plano de saúde, e arcarei com todos os ônus se vier a tomar parte de alguma, conforme parágrafo quarto do Art. 29 da Lei 5674.
7. Jamais recorrerei aos meios de comunicação social para expor o nome da Cooperativa, assim como por hipótese alguma incitarei usuários contra a mesma, estando ciente que tal ato será comprovadamente considerado e tratado como extremamente grave;
8. Afirmo que recebi, e li atentamente, o Estatuto Social da Cooperativa com o qual concordo plenamente.

**Petrolina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
Assinatura idêntica a dos documentos apresentados