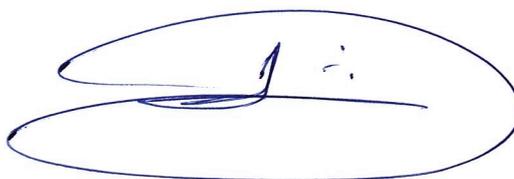


**EDITAL 01/2024**  
**PROCESSO DE SELEÇÃO DE NOVOS COOPERADOS**  
**UNIMED NOROESTE DE MINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA**

A Unimed Noroeste de Minas Cooperativa de Trabalho Médico Ltda., inscrita no CNPJ sob o nº 41.905.498/0001-19, Operadora de Planos de Saúde registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o nº 31.549-4, estabelecida na Rua Josino Valadares, nº 33, bairro Centro, Paracatu-MG, CEP 38.600.140, torna público o processo de seleção de novos médicos cooperados, fundamentando-se no Art. 7º inciso I onde se lê: A critério do Conselho de Administração da Unimed, poderá ser admitido ingresso de cooperado em outras datas, desde que a especialidade esteja vaga ou que se verifique interesse comercial e estratégico da cooperativa. Este Edital foi aprovado conforme todos os seus termos pelo Conselho de Administração em reunião ocorrida em 26 de junho de 2024.

**1. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

- 1.1. O processo seletivo será regido por este Edital e eventuais retificações, e sua execução caberá à Unimed Noroeste de Minas Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.
- 1.2. O presente processo seletivo destina-se ao preenchimento de 14 (quatorze) vagas para médicos cooperados da Unimed Noroeste de Minas, distribuídas conforme a Tabela 1.

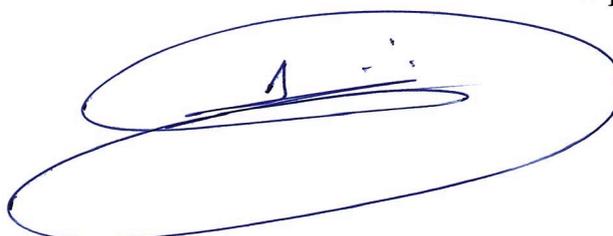


**Tabela 1: Número de Vagas por Especialidades**

Especialidade	Número de Vagas
Anestesiologia	2
Cirurgia Geral	2
Dermatologia	1
Endocrinologia Pediátrica	1
Medicina de Família	2
Nefrologia	1
Neurologia Pediátrica	1
Nutrologia	1
Pediatria	1
Psiquiatria	1
Urologia	1
<b>Total</b>	<b>14</b>

## 2. DAS INSCRIÇÕES

- 2.1. As inscrições serão efetuadas exclusivamente nas formas descritas neste Edital, no período entre os dias 02/07/2024 a 22/07/2024.
- 2.2. Os candidatos interessados deverão entregar a documentação exigida no item 3 deste edital, no Setor de Relacionamento com o Cooperado, na sede da Unimed Noroeste de Minas, situada na Rua Josino Valadares, nº 33, bairro Centro, Paracatu-MG, CEP 38.600.140, obrigatoriamente no período citado no item 2.1, de segunda a sexta-feira, exceto feriados e recessos, no horário das 08:00h às 11:00h e das 13:30 às 16:30h.
- 2.3. Até o dia 25/07/2024 será divulgada a lista completa dos médicos inscritos nesse processo seletivo, pelo número de inscrição separados por especialidades, no site <https://www.unimed.coop.br/site/web/noroestedeminas>.
- 2.4. O candidato inscrito cujo número de inscrição não constar na lista de inscrição deverá comparecer no Setor de Relacionamento com o Cooperado, até o dia 31/07/2024, portando o comprovante de inscrição.
- 2.5. Decorrido o prazo do item 2.4 deste edital, a Unimed Noroeste de Minas dará início ao processo seletivo.



### 3. DA DOCUMENTAÇÃO

3.1. Os candidatos interessados deverão preencher o Anexo I - Proposta de Admissão, deste edital e entregá-lo acompanhado da documentação a seguir relacionada, no local e períodos acima indicados:

- I. Diploma médico.
  - II. Comprovante de residência médica em programa credenciado pela Comissão Nacional de Residência médica e/ou título de especialista registrados no CRM/MG (Registro de Qualificação de Especialista - RQE).
  - III. Comprovante de inscrição e regularidade perante o CRM/MG.
  - IV. Certidão negativa de condenação Ética-Profissional emitida pelo CRM-MG.
  - V. Assinatura do Termo de Compromisso, conforme Anexo II, de acordo com a especialidade pretendida.
  - VI. Comprovação de que o candidato é residente e domiciliado na área de atuação da Operadora.  
§2º. Para comprovação residência/domicílio e atuação, deverá ser preenchida a Anexo III – Declaração de Residência e Atuação.
  - VII. Inscrição nos órgãos municipais e previdenciários como autônomo.
  - VIII. Solicitação de cooperação na especialidade pretendida e suas respectivas áreas de atuação, conforme Anexo IV, de acordo com a resolução CFM Nº 2.330/2023 e seus anexos, dentre aquelas mencionadas no item 1.2 deste Edital.
  - IX. Curriculum vitae.
  - X. Comprovante de sócio com Associação Médica local ou estadual, se houver.
  - XI. Diploma de Mestrado ou Doutorado, se houver.
- 3.2. A documentação deverá ser entregue em forma impressa e completa no momento da inscrição, sob pena de desclassificação do candidato, sendo vedada qualquer complementação posterior.
- 3.3. No ato de inscrição, o colaborador do Setor de Relacionamento com o Cooperado receberá a documentação, efetuando o registro desta, o qual gerará o número de inscrição, que será entregue ao candidato.
- 3.4. A documentação entregue para a inscrição nesta seleção não será devolvida.

#### 4. DOS IMPEDIMENTOS

4.1. Não poderão participar do processo seletivo médico demitido ou excluído há menos de 03 (três) anos da Cooperativa, ainda que satisfeitas as demais condições.

Parágrafo Único: Em casos de eliminação deverá ser observado o período mínimo de 05 (cinco) anos para reingresso.

4.2. Não poderá cooperar-se o candidato que estiver em litígio com a Unimed Noroeste de Minas Cooperativa de Trabalho Médico Ltda ou outra cooperativa pertencente ao Sistema Nacional Unimed ou cumprindo qualquer pena imposta pelo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Federal de Medicina.

4.3. É vedada a admissão de médicos que sejam proprietários, associados, credenciados ou prestadores de serviço à pessoa jurídica de qualquer natureza (civil, comercial, pública ou privada), que tenha por objetivo, interesses colidentes com os objetivos sociais da Cooperativa.

4.5. Não será admitida pessoa jurídica como cooperada.

#### 5. DO CRITÉRIO DE SELEÇÃO

5.1. Compete ao Conselho Técnico-Ético, verificar se o candidato cumpre as exigências deste Edital. Cada membro do Conselho Técnico-Ético deverá registrar seu voto, conforme Anexo V – Decisão Individual. Em seguida, considerando a maioria simples de cada um, deverá ser preenchido o voto do Conselho Técnico-Ético, conforme Anexo VI – Cédula de Votação, e encaminhar ao Conselho de Administração. O Conselho Técnico-Ético terá direito a 01 (um) voto.

Parágrafo Único: e competência do Conselho Técnico-Ético verificar se os candidatos apresentam toda a documentação exigida para ingresso na Cooperativa, nas condições estipuladas, verificando ainda se os candidatos não se enquadram em quaisquer das hipóteses de impedimento. Se o candidato atender as exigências deste Edital está apto a concorrer as vagas de médico cooperado da Unimed Noroeste de Minas.

5.3. Cada especialista deverá realizar uma avaliação, Anexo V – Decisão Individual, que deverá ser enviada ao Conselho de Administração, que por sua vez, é responsável por preencher o voto do Conjunto de Especialistas, conforme Anexo VI – Cédula de Votação, baseado na maioria simples de

cada um. Em caso de empate compete ao Diretor Presidente o voto de desempate. O Conjunto de Especialistas, terá direito a 01 (um) voto.

5.4. O Conselho de Administração é responsável por realizar o último voto do processo seletivo. A admissão do candidato somente será efetivada, mediante confirmação de 2/3 dos votos envolvidos no processo.

Parágrafo Único: nas especialidades que não existe médico cooperado para formação do voto do Conjunto de Especialistas, o voto do Conselho de Administração terá peso 2.

5.5. Caso o número de aprovados seja maior que o número de vagas, o Conselho de Administração, adotara os critérios listados na Tabela 2 para a seleção.

**Tabela 2: Critérios de Seleção**

I - Comprovante de sócio com Associação Médica local ou estadual	10 (dez) pontos
II – Diploma de Mestrado ou Doutorado	10 (dez) pontos para cada curso, até no máximo de 20 (vinte) pontos
III – Prestar na condição de médico contratado atendimento no CIAU por período superior a 180 dias	20 (vinte) pontos
IV – Entrevista com o Conselho de Administração	60 (sessenta) pontos

Parágrafo Único: o Conselho de Administração deverá preencher o formulário constante no Anexo VII – Formulário de Seleção do Conselho de Administração.

5.6. Cabe ao Conselho de Administração elaborar a lista de aprovados, será considerado como aprovado o candidato que possuir no mínimo 2/3 dos votos dos envolvidos no processo e caso o número de aprovados seja maior que o número de vagas é aprovado o candidato que obtiver maior pontuação na seleção realizada pelo Conselho de Administração.

## 6. DO RESULTADO

6.1. O resultado da seleção será divulgado no sítio eletrônico em 30 de agosto de 2024.

## 7. DO VALOR DO CAPITAL SOCIAL A SER INTEGRALIZADO

7.1. Os candidatos aprovados e que atenderem todos os requisitos legais, estatutários e regimentais, terão que integralizar as quotas-partes do capital social e assinará o Livro de Matrícula juntamente com o Diretor Presidente.

Parágrafo Único: as quotas-partes do capital social a serem integralizadas equivalem a R\$100.000,00 (cem mil reais), conforme determina o Estatuto Social. O valor total das quotas-partes poderá ser integralizado à vista ou dividido em até 12 (doze) parcelas mensais e consecutivas, reajustados pelo índice da taxa Selic ou IGPM, dos dois o menor. A subscrição e integralização das quotas-partes pelos cooperados é condição indispensável para o ingresso e permanência na Cooperativa.

## 8. DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

8.1. Serão permitidas inscrições por procuração, desde que com poderes específicos e firma reconhecida pelo médico outorgante.

8.2. Não existe vínculo empregatício entre a Cooperativa e seus associados, conforme disposto no art. 90 da Lei 5.764/71.

8.3. O candidato aprovado em todas as etapas deverá realizar o curso sobre Cooperativismo, a ser disponibilizado pela Operadora.

8.4. É da exclusiva responsabilidade do candidato acompanhar a divulgação de todos os atos, editais, avisos, erratas, retificações ou comunicados, referentes a este processo seletivo, que sejam divulgados no site da Unimed Noroeste de Minas.

8.5. Incorporar-se-ão a este Edital, para todos os efeitos, quaisquer editais complementares, atos, avisos e convocações relativos a este processo seletivo que vierem a ser divulgados no site da Unimed Noroeste de Minas.

8.7. A Unimed Noroeste de Minas poderá, a qualquer tempo, eliminar deste processo seletivo o candidato que porventura descumprir as normas ou o regulamento do presente Edital.

8.8. Decairá do direito de impugnar os termos deste Edital, perante a Unimed Noroeste de Minas, o cooperado que não o fizer até o terceiro dia útil, após a sua publicação.

[www.unimednet.com.br](http://www.unimednet.com.br)

Rua Josino Valadares, 33  
38600-000 Centro, Paracatu - MG  
T. (38) 3311-2100

Parágrafo Único: para impugnar esse edital, o cooperado deve realizar solicitação e protocolar junto ao Setor de Relacionamento com o Cooperado.

8.9. Mais informações ou dúvidas, contatar a Unimed Noroeste de Minas, Setor de Relacionamento com o Cooperado, presencialmente ou pelo telefone (38) 3311-2131, em dias úteis e em horário comercial.

Paracatu, MG, 26 de junho de 2024.

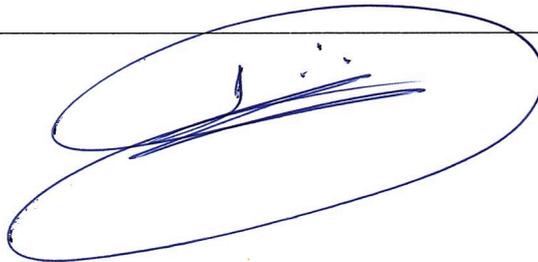
  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Anísio Luís Dias**  
**Diretor Presidente**  
**Unimed Noroeste de Minas**

### ANEXO I – PROPOSTA DE ADMISSÃO

Seleção Pública de Novos Médicos Cooperados para Unimed Noroeste de Minas	
PROPOSTA DE ADMISSÃO	
Nome Completo do Candidato:	CRM:
Especialidade Pretendida:	
E-mail:	Telefone:
Documentos Entregues	
Marque com (X) para os Documentos Estregues	Documento
	Proposta de Admissão, conforme Anexo I
	Diploma médico
	Comprovante de residência médica em programa credenciado pela Comissão Nacional de Residência médica e/ou título de especialista registrados no CRM/MG
	Comprovante de inscrição e regularidade perante o CRM/MG.
	Certidão negativa de condenação Ética-Profissional emitida pelo CRM-MG.
	Termo de Compromisso, conforme Anexo II, de acordo com a especialidade pretendida.
	Declaração de Residência e Atuação, conforme Anexo III
	Inscrição nos órgãos municipais e previdenciários como autônomo.
	Solicitação de cooperação na especialidade pretendida e suas respectivas áreas de atuação, conforme Anexo IV - Solicitação de Cooperação.
	Curriculum vitae.
	Comprovante de sócio com Associação Médica local ou estadual, se houver.
	Diploma de Mestrado ou Doutorado, se houver.
Análise de Documentação	Situação:
Declaro, de forma livre e esclarecida, para todos os fins de direito, conhecer e aceitar todos os itens do edital, e seus anexos relacionado com a presente inscrição, assumindo as informações fornecidas, e que concordo que meus dados pessoais sejam tratados para a finalidade única e exclusiva de realizar as ações na forma descrita no Edital, bem como em conformidade com a Lei 13.709/2018.	
Local e Data:	
Assinatura Candidato:	
<b>Preenchimento da Unimed Noroeste de Minas</b>	
Nº de inscrição:	
Assinatura do Responsável pelo Recebimento da Inscrição:	

PREENCHIMENTO UNIMED NOROESTE DE MINAS

<b>Seleção Pública de Novos Médicos Cooperados para Unimed Noroeste de Minas</b>	
<b>PROPOSTA DE ADMISSÃO</b>	
Nº de inscrição:	
Nome Completo do Candidato:	CRM:
Especialidade Pretendida:	
Local e data:	
Assinatura do Responsável pelo Recebimento da Inscrição:	



**ANEXO II – TERMO DE COMPROMISSO**  
**TERMO DE COMPROMISSO PARA ANESTESIOLOGIA**

Eu, \_\_\_\_\_,  
inscrito no CPF \_\_\_\_\_, portador do CRM \_\_\_\_\_, por meio  
deste termo, venho firmar meu compromisso com a Unimed Noroeste de Minas em atender na  
especialidade pretendida. Me comprometo ainda a, no prazo de dois anos após meu ingresso, atuar  
estritamente conforme as deliberações do Conselho de Administração em atividades/setores  
estratégicos. A saber:

*Atuar nas escalas de anestesiologia tanto em caráter de plantão quanto eletivas, incluindo preferencialmente atuação em dias e horários de difícil preenchimento como finais de semana e feriados, nas unidades hospitalares que prestam serviços à Unimed dentro de toda a área de atuação; disponibilizar atendimento para avaliações e consultas pré-anestésicas conforme demanda dos beneficiários.*

Declaro estar ciente das prerrogativas que condicionam o ingresso na cooperativa e que a recusa ou negativa em atender tais condicionantes ensejarão a minha exclusão do quadro de cooperados, nos termos da alínea “a” do artigo 14, abaixo explicitado:

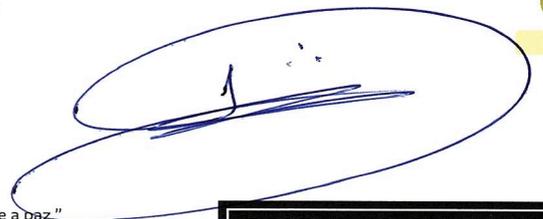
**Art.14.** Além dos motivos legais, o Conselho de Administração poderá eliminar o Cooperado que:

**a.** Deixar de exercer, na área de ação da Cooperativa, a atividade que lhe facultou cooperar-se.

Declaro ainda que, em nenhuma hipótese, farei diferenciação no atendimento aos clientes, favorecendo quem quer que seja em detrimento aos beneficiários da Unimed, nos termos do mesmo Estatuto, estando ciente das implicações que podem advir de tais atitudes.

Paracatu-MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato



## ANEXO II – TERMO DE COMPROMISSO

### TERMO DE COMPROMISSO PARA CIRURGIA GERAL

Eu, \_\_\_\_\_,  
inscrito no CPF \_\_\_\_\_, portador do CRM \_\_\_\_\_, por meio  
deste termo, venho firmar meu compromisso com a Unimed Noroeste de Minas em atender na  
especialidade pretendida. Me comprometo ainda a, no prazo de dois anos após meu ingresso, atuar  
estritamente conforme as deliberações do Conselho de Administração em atividades/setores  
estratégicos. A saber:

*Atuar nas escalas de cirurgia geral tanto em caráter de plantão quanto eletivas, incluindo preferencialmente atuação em dias e horários de difícil preenchimento como finais de semana e feriados, nas unidades hospitalares que prestam serviços à Unimed dentro de toda a área de atuação; disponibilizar atendimento para consultas, procedimentos e exames inerentes à especialidade.*

Declaro estar ciente das prerrogativas que condicionam o ingresso na cooperativa e que a recusa ou negativa em atender tais condicionantes ensejarão a minha exclusão do quadro de cooperados, nos termos da alínea “a” do artigo 14, abaixo explicitado:

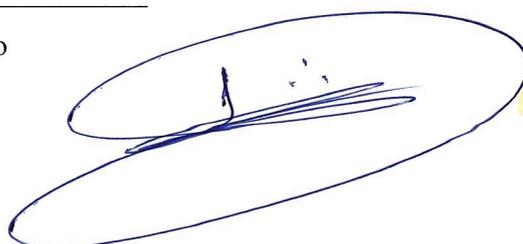
**Art.14.** Além dos motivos legais, o Conselho de Administração poderá eliminar o Cooperado que:

**a.** Deixar de exercer, na área de ação da Cooperativa, a atividade que lhe facultou cooperar-se.

Declaro ainda que, em nenhuma hipótese, farei diferenciação no atendimento aos clientes, favorecendo quem quer que seja em detrimento aos beneficiários da Unimed, nos termos do mesmo Estatuto, estando ciente das implicações que podem advir de tais atitudes.

Paracatu-MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato



## ANEXO II – TERMO DE COMPROMISSO

### TERMO DE COMPROMISSO PARA DERMATOLOGIA

Eu, \_\_\_\_\_,  
inscrito no CPF \_\_\_\_\_, portador do CRM \_\_\_\_\_, por meio  
deste termo, venho firmar meu compromisso com a Unimed Noroeste de Minas em atender na  
especialidade pretendida. Me comprometo ainda a, no prazo de dois anos após meu ingresso, atuar  
estritamente conforme as deliberações do Conselho de Administração em atividades/setores  
estratégicos. A saber:

*Atuar no diagnóstico e tratamento de doenças dermatológicas em caráter hospitalar, no  
atendimento de interconsultas para beneficiários que porventura estiverem internados em  
hospitais e serviços credenciados à Unimed. Atuar ainda, em caráter ambulatorial, no diagnóstico  
e tratamento de doenças dermatológicas, tanto clinicamente quanto realizando procedimentos  
como biópsias e cirurgias dermatológicas como exéreses e cauterizações.*

Declaro estar ciente das prerrogativas que condicionam o ingresso na cooperativa e que a recusa ou  
negativa em atender tais condicionantes ensejarão a minha exclusão do quadro de cooperados, nos  
termos da alínea “a” do artigo 14, abaixo explicitado:

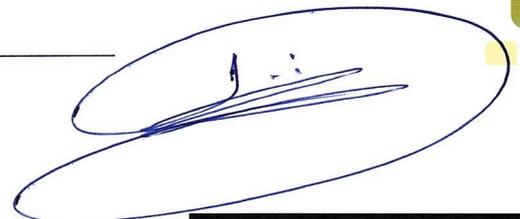
**Art. 14.** Além dos motivos legais, o Conselho de Administração poderá eliminar o Cooperado que:

**a.** Deixar de exercer, na área de ação da Cooperativa, a atividade que lhe facultou cooperar-se.

Declaro ainda que, em nenhuma hipótese, farei diferenciação no atendimento aos clientes,  
favorecendo quem quer que seja em detrimento aos beneficiários da Unimed, nos termos do mesmo  
Estatuto, estando ciente das implicações que podem advir de tais atitudes.

Paracatu-MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

Assinatura do Candidato



## ANEXO II – TERMO DE COMPROMISSO

### TERMO DE COMPROMISSO PARA ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA

Eu, \_\_\_\_\_,  
inscrito no CPF \_\_\_\_\_, portador do CRM \_\_\_\_\_, por meio  
deste termo, venho firmar meu compromisso com a Unimed Noroeste de Minas em atender na  
especialidade pretendida. Me comprometo ainda a, no prazo de dois anos após meu ingresso, atuar  
estritamente conforme as deliberações do Conselho de Administração em atividades/setores  
estratégicos. A saber:

*Atuar no diagnóstico e tratamento de doenças endocrinológicas, específicas da faixa etária  
infantil, priorizando atendimentos referenciados por outros pediatras de formação generalista.*

Declaro estar ciente das prerrogativas que condicionam o ingresso na cooperativa e que a recusa ou  
negativa em atender tais condicionantes ensejarão a minha exclusão do quadro de cooperados, nos  
termos da alínea “a” do artigo 14, abaixo explicitado:

**Art.14.** Além dos motivos legais, o Conselho de Administração poderá eliminar o Cooperado que:

**a.** Deixar de exercer, na área de ação da Cooperativa, a atividade que lhe facultou cooperar-se.

Declaro ainda que, em nenhuma hipótese, farei diferenciação no atendimento aos clientes,  
favorecendo quem quer que seja em detrimento aos beneficiários da Unimed, nos termos do mesmo  
Estatuto, estando ciente das implicações que podem advir de tais atitudes.

Paracatu-MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato



## ANEXO II – TERMO DE COMPROMISSO

### TERMO DE COMPROMISSO PARA MEDICINA DE FAMÍLIA

Eu, \_\_\_\_\_,  
inscrito no CPF \_\_\_\_\_, portador do CRM \_\_\_\_\_, por meio  
deste termo, venho firmar meu compromisso com a Unimed Noroeste de Minas em atender na  
especialidade pretendida. Me comprometo ainda a, no prazo de dois anos após meu ingresso, atuar  
estritamente conforme as deliberações do Conselho de Administração em atividades/setores  
estratégicos. A saber:

*Atuar em estratégias de saúde da família com foco em promoção de saúde e prevenção de doenças  
com atuação preferencial nas dependências dos serviços próprios da Unimed (CIAU). Atuar ainda  
em atividades estratégicas, visitas domiciliares, programas de cuidados especiais, palestras  
educacionais e atividades afins.*

Declaro estar ciente das prerrogativas que condicionam o ingresso na cooperativa e que a recusa ou  
negativa em atender tais condicionantes ensejarão a minha exclusão do quadro de cooperados, nos  
termos da alínea “a” do artigo 14, abaixo explicitado:

*Art.14. Além dos motivos legais, o Conselho de Administração poderá eliminar o Cooperado que:*

*a. Deixar de exercer, na área de ação da Cooperativa, a atividade que lhe facultou cooperar-se.*

Declaro ainda que, em nenhuma hipótese, farei diferenciação no atendimento aos clientes,  
favorecendo quem quer que seja em detrimento aos beneficiários da Unimed, nos termos do mesmo  
Estatuto, estando ciente das implicações que podem advir de tais atitudes.

Paracatu-MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato



## ANEXO II – TERMO DE COMPROMISSO

### TERMO DE COMPROMISSO PARA NEFROLOGIA

Eu, \_\_\_\_\_,  
inscrito no CPF \_\_\_\_\_, portador do CRM \_\_\_\_\_, por meio  
deste termo, venho firmar meu compromisso com a Unimed Noroeste de Minas em atender na  
especialidade pretendida. Me comprometo ainda a, no prazo de dois anos após meu ingresso, atuar  
estritamente conforme as deliberações do Conselho de Administração em atividades/setores  
estratégicos. A saber:

*Atuar no diagnóstico e tratamento de doenças nefrológicas, disponibilizando atendimento em  
caráter de interconsultas para beneficiários que porventura estejam internados em hospitais e  
serviços credenciados a Unimed. Realizar, ainda, atendimentos ambulatoriais priorizando  
aqueles que forem referenciados por outros clínicos e especialistas.*

Declaro estar ciente das prerrogativas que condicionam o ingresso na cooperativa e que a recusa ou  
negativa em atender tais condicionantes ensejarão a minha exclusão do quadro de cooperados, nos  
termos da alínea “a” do artigo 14, abaixo explicitado:

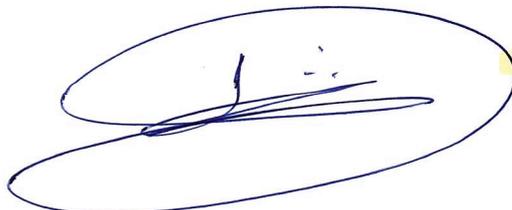
**Art.14.** Além dos motivos legais, o Conselho de Administração poderá eliminar o Cooperado que:

**a.** Deixar de exercer, na área de ação da Cooperativa, a atividade que lhe facultou cooperar-se.

Declaro ainda que, em nenhuma hipótese, farei diferenciação no atendimento aos clientes,  
favorecendo quem quer que seja em detrimento aos beneficiários da Unimed, nos termos do mesmo  
Estatuto, estando ciente das implicações que podem advir de tais atitudes.

Paracatu-MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato



## ANEXO II – TERMO DE COMPROMISSO

### TERMO DE COMPROMISSO PARA NEUROLOGIA PEDIÁTRICA

Eu, \_\_\_\_\_,  
inscrito no CPF \_\_\_\_\_, portador do CRM \_\_\_\_\_, por meio  
deste termo, venho firmar meu compromisso com a Unimed Noroeste de Minas em atender na  
especialidade pretendida. Me comprometo ainda a, no prazo de dois anos após meu ingresso, atuar  
estritamente conforme as deliberações do Conselho de Administração em atividades/setores  
estratégicos. A saber:

*Atuar no diagnóstico e tratamento de doenças neurológicas e distúrbios gerais do  
desenvolvimento, específicas da faixa etária infantil, priorizando atendimentos referenciados por  
outros pediatras de formação generalista.*

Declaro estar ciente das prerrogativas que condicionam o ingresso na cooperativa e que a recusa ou  
negativa em atender tais condicionantes ensejarão a minha exclusão do quadro de cooperados, nos  
termos da alínea “a” do artigo 14, abaixo explicitado:

**Art. 14.** Além dos motivos legais, o Conselho de Administração poderá eliminar o Cooperado que:

**a.** Deixar de exercer, na área de ação da Cooperativa, a atividade que lhe facultou cooperar-se.

Declaro ainda que, em nenhuma hipótese, farei diferenciação no atendimento aos clientes,  
favorecendo quem quer que seja em detrimento aos beneficiários da Unimed, nos termos do mesmo  
Estatuto, estando ciente das implicações que podem advir de tais atitudes.

Paracatu-MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato



## ANEXO II – TERMO DE COMPROMISSO

### TERMO DE COMPROMISSO PARA NUTROLOGIA

Eu, \_\_\_\_\_,  
inscrito no CPF \_\_\_\_\_, portador do CRM \_\_\_\_\_, por meio  
deste termo, venho firmar meu compromisso com a Unimed Noroeste de Minas em atender na  
especialidade pretendida. Me comprometo ainda a, no prazo de dois anos após meu ingresso, atuar  
estritamente conforme as deliberações do Conselho de Administração em atividades/setores  
estratégicos. A saber:

*Atuar no diagnóstico e tratamento de doenças nutricionais e distúrbios alimentares, fornecendo  
suporte, acompanhamento e intervenções baseadas em evidências científicas estando vedado a  
aplicação de terapias em caráter experimental ou “off label”, bem como requisições de exames  
sem embasamento clínico.*

Declaro estar ciente das prerrogativas que condicionam o ingresso na cooperativa e que a recusa ou  
negativa em atender tais condicionantes ensejarão a minha exclusão do quadro de cooperados, nos  
termos da alínea “a” do artigo 14, abaixo explicitado:

**Art.14.** Além dos motivos legais, o Conselho de Administração poderá eliminar o Cooperado que:

**a.** Deixar de exercer, na área de ação da Cooperativa, a atividade que lhe facultou cooperar-se.

Declaro ainda que, em nenhuma hipótese, farei diferenciação no atendimento aos clientes,  
favorecendo quem quer que seja em detrimento aos beneficiários da Unimed, nos termos do mesmo  
Estatuto, estando ciente das implicações que podem advir de tais atitudes.

Paracatu-MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato



## ANEXO II – TERMO DE COMPROMISSO

### TERMO DE COMPROMISSO PARA PEDIATRIA

Eu, \_\_\_\_\_,  
inscrito no CPF \_\_\_\_\_, portador do CRM \_\_\_\_\_, por meio  
deste termo, venho firmar meu compromisso com a Unimed Noroeste de Minas em atender na  
especialidade pretendida. Me comprometo ainda a, no prazo de dois anos após meu ingresso, atuar  
estritamente conforme as deliberações do Conselho de Administração em atividades/setores  
estratégicos. A saber:

*Atuar nas escalas de plantão de pediatria, tanto a nível de pronto atendimento quanto em  
assistência ao recém-nascido em salas de parto, tal atuação se dará preferencialmente em dias e  
horários de difícil preenchimento como finais de semana e feriados, nas unidades hospitalares  
que prestam serviços à Unimed dentro de toda a área de atuação. Disponibilizar ainda  
atendimento para pacientes pediátricos em caráter ambulatorial, em consultório próprio e/ou em  
unidades de serviços próprios da Unimed (CIAU).*

Declaro estar ciente das prerrogativas que condicionam o ingresso na cooperativa e que a recusa ou  
negativa em atender tais condicionantes ensejarão a minha exclusão do quadro de cooperados, nos  
termos da alínea “a” do artigo 14, abaixo explicitado:

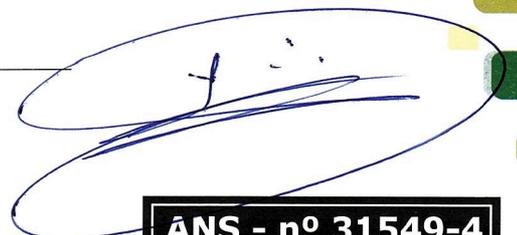
**Art. 14.** Além dos motivos legais, o Conselho de Administração poderá eliminar o Cooperado que:

**a.** Deixar de exercer, na área de ação da Cooperativa, a atividade que lhe facultou cooperar-se.

Declaro ainda que, em nenhuma hipótese, farei diferenciação no atendimento aos clientes,  
favorecendo quem quer que seja em detrimento aos beneficiários da Unimed, nos termos do mesmo  
Estatuto, estando ciente das implicações que podem advir de tais atitudes.

Paracatu-MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

Assinatura do Candidato



## ANEXO II – TERMO DE COMPROMISSO

### TERMO DE COMPROMISSO PARA PSIQUIATRIA

Eu, \_\_\_\_\_,  
inscrito no CPF \_\_\_\_\_, portador do CRM \_\_\_\_\_, por meio  
deste termo, venho firmar meu compromisso com a Unimed Noroeste de Minas em atender na  
especialidade pretendida. Me comprometo ainda a, no prazo de dois anos após meu ingresso, atuar  
estritamente conforme as deliberações do Conselho de Administração em atividades/setores  
estratégicos. A saber:

*Atuar no diagnóstico e tratamento de doenças psiquiátricas, disponibilizando atendimento em  
caráter de interconsultas para beneficiários que porventura estejam internados em hospitais e  
serviços credenciados a Unimed. Realizar, ainda, atendimentos ambulatoriais priorizando  
aqueles que forem referenciados por outros clínicos e especialistas.*

Declaro estar ciente das prerrogativas que condicionam o ingresso na cooperativa e que a recusa ou  
negativa em atender tais condicionantes ensejarão a minha exclusão do quadro de cooperados, nos  
termos da alínea “a” do artigo 14, abaixo explicitado:

**Art.14.** Além dos motivos legais, o Conselho de Administração poderá eliminar o Cooperado que:

**a.** Deixar de exercer, na área de ação da Cooperativa, a atividade que lhe facultou cooperar-se.

Declaro ainda que, em nenhuma hipótese, farei diferenciação no atendimento aos clientes,  
favorecendo quem quer que seja em detrimento aos beneficiários da Unimed, nos termos do mesmo  
Estatuto, estando ciente das implicações que podem advir de tais atitudes.

Paracatu-MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato



## ANEXO II – TERMO DE COMPROMISSO

### TERMO DE COMPROMISSO PARA UROLOGIA

Eu, \_\_\_\_\_,  
inscrito no CPF \_\_\_\_\_, portador do CRM \_\_\_\_\_, por meio  
deste termo, venho firmar meu compromisso com a Unimed Noroeste de Minas em atender na  
especialidade pretendida. Me comprometo ainda a, no prazo de dois anos após meu ingresso, atuar  
estritamente conforme as deliberações do Conselho de Administração em atividades/setores  
estratégicos. A saber:

*Atuar no diagnóstico e tratamento de doenças urológicas, disponibilizando atendimento em  
caráter de interconsultas para beneficiários que porventura estejam internados em hospitais e  
serviços credenciados a Unimed. Realizar, ainda, atendimentos clínicos e cirúrgicos concernentes  
à especialidade, em caráter de urgência ou eletivos, priorizando demandas estratégicas da  
Unimed.*

Declaro estar ciente das prerrogativas que condicionam o ingresso na cooperativa e que a recusa ou  
negativa em atender tais condicionantes ensejarão a minha exclusão do quadro de cooperados, nos  
termos da alínea “a” do artigo 14, abaixo explicitado:

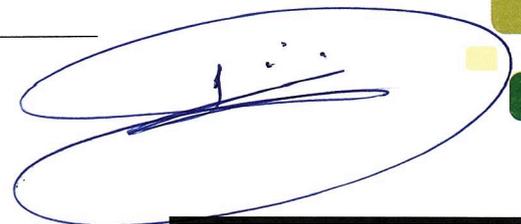
**Art. 14.** Além dos motivos legais, o Conselho de Administração poderá eliminar o Cooperado que:

**a.** Deixar de exercer, na área de ação da Cooperativa, a atividade que lhe facultou cooperar-se.

Declaro ainda que, em nenhuma hipótese, farei diferenciação no atendimento aos clientes,  
favorecendo quem quer que seja em detrimento aos beneficiários da Unimed, nos termos do mesmo  
Estatuto, estando ciente das implicações que podem advir de tais atitudes.

Paracatu-MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

Assinatura do Candidato



### ANEXO III – DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ATUAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF \_\_\_\_\_, portador do CRM \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins que resido na \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_. Atualmente presto atendimento em \_\_\_\_\_ (Consultório/Clínica/Hospital) localizado na \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Complemento \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, na Cidade de \_\_\_\_\_, com CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde nº \_\_\_\_\_, o qual possui estrutura mínima exigida pela legislação vigente (ANS, Vigilância Sanitária ou outros órgãos reguladores). Informo que, comprovo esta declaração por meio dos seguintes documentos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, anexo a esta.

Paracatu-MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

Assinatura do Candidato



## ANEXO IV – SOLICITAÇÃO DE COOPERAÇÃO

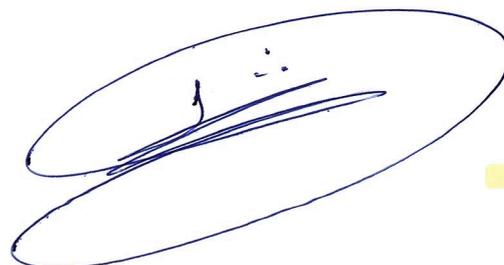
À Unimed Noroeste de Minas Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.

A/C Conselho de Administração.

Eu, \_\_\_\_\_,  
inscrito no CPF \_\_\_\_\_, portador do CRM \_\_\_\_\_, sirvo-me  
da presente para solicitar cooperação na especialidade \_\_\_\_\_, de  
acordo com a resolução CFM N° 2.330/2023 e seus anexos, tal como divulgado no Edital de Seleção  
de Novos Médicos Cooperados da Unimed Noroeste de Minas Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.

Paracatu-MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato



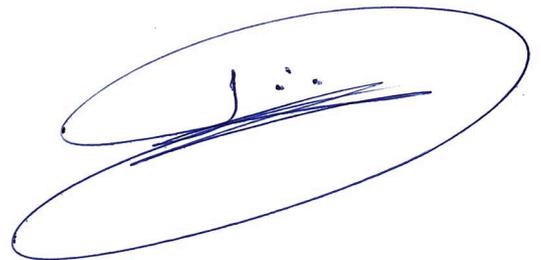
### ANEXO V – DECISÃO INDIVIDUAL

Decisão Individual	
Nome Completo do Candidato:	CRM:
Especialidade Pretendida:	
Voto Individual	
<input type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Reprovado	
Justificativa:	
Paracatu-MG, _____ de _____ de 2024	
Nome e Assinatura	



### ANEXO VI – CEDULA DE VOTAÇÃO

Cédula de Votação	
Nome Completo do Candidato:	CRM:
Especialidade Pretendida:	
Órgão:	
<input type="checkbox"/> Conjunto de Especialistas <input type="checkbox"/> Conselho Técnico-Ético <input type="checkbox"/> Conselho de Administração	
Voto	
<input type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Reprovado	
Paracatu-MG, _____ de _____ de 2024	
Assinaturas	




## ANEXO VII – FORMULÁRIO DE SELEÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Formulário de Seleção		
O quórum mínimo para realizar essa avaliação será de 4 (quatro) conselheiros.		
Nome Completo do Candidato:		CRM:
Especialidade Pretendida:		
AVALIAÇÃO		
Quesito	Pontuação	Pontuação validada pelo Conselho de Administração
I - Comprovante de sócio com Associação Médica local ou estadual	10 (dez) pontos	
II – Diploma de Mestrado ou Doutorado	10 (dez) pontos para cada curso, até no máximo de 20 (vinte) pontos	
III – Prestar na condição de médico contratado atendimento no CIAU por período superior a 180 dias	20 (vinte) pontos	
IV – Entrevista com o Conselho de Administração	60 (sessenta) pontos	
Observações sobre a Entrevista:		
Paracatu-MG, _____ de _____ de 2024		
Assinatura dos Conselheiros:		