



Cooperativa Paranaense  
dos Anestesiologistas

Matrícula na COPAN: \_\_\_\_\_

### PROPOSTA DE ADMISSÃO

Dr(a) \_\_\_\_\_,  
Sexo \_\_\_\_\_ nascido (a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, filho (a) de  
(nome da mãe) \_\_\_\_\_, tendo  
nacionalidade \_\_\_\_\_ e inscrito no Conselho Regional de Medicina  
do Estado do Paraná sob o (CRM) Nº \_\_\_\_\_, inscrito na Sociedade Paranaense  
dos Anestesiologistas sob o nº \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_  
CPF \_\_\_\_\_, Estado Civil \_\_\_\_\_, residente na  
Cidade de \_\_\_\_\_ à rua \_\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_  
CEP \_\_\_\_\_ Telefone residencial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Endereço Comercial \_\_\_\_\_  
Telefone Comercial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Que possui conta no Banco \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
na Agência /nome \_\_\_\_\_  
Nº Agência \_\_\_\_\_ Conta Corrente Nº \_\_\_\_\_  
propõe sua inscrição como sócio (a) Cooperado (a) da Cooperativa Paranaense dos  
Anestesiologistas, comprometendo-se a fiel obediência do seu Estatuto Social.

Local \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo

Proponente

Proponente

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo

\_\_\_\_\_  
Diretor Presidente da COPAN

\_\_\_\_\_  
Diretor Financeiro da COPAN

Aprovado na Reunião de Diretoria em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**COPAN**  
Cooperativa Paranaense  
dos Anestesiologistas

À  
COOPERATIVA PARANAENSE DOS ANESTESIOLOGISTAS  
ILMO. SR. DIRETOR PRESIDENTE

Dr (a) \_\_\_\_\_,  
no final assinado, reconhece a COPAN - Cooperativa Paranaense dos Anestesiologistas como  
entidade única autorizada para intermediar todos os convênios de prestação de serviços de  
anestesia no Estado do Paraná, ficando a referida Cooperativa autorizada, em seu nome, para  
firmar contratos com entidades prestadoras de assistência médico-hospitalar, seja na área  
Federal, Estadual, Municipal ou privada, desde que respeitadas as decisões da Assembléia Geral.

Local \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA e Carimbo

---

**COPAN**  
Cooperativa Paranaense  
dos Anestesiologistas

Curitiba, ..... de ..... de 201...

À

DIRETORIA DA COPAN

NESTA

Prezados Senhores,

Eu, Dr.(a) ....., participante do

Plano de Cobertura de Invalidez ou Falecimento de Cooperado (PIM) da Cooperativa Paranaense dos Anestesiologistas – COPAN, indico em caso de falecimento os beneficiários abaixo:

INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS.

Beneficiário	CPF	Afinidade	Percentual

\_\_\_\_\_  
Dr.(a).....

CRM: .....

**Só será aceita a ficha de beneficiários do PIM com assinatura do cooperado reconhecida em cartório. Favor preencher a ficha de beneficiários do PIM em letra de forma (legível).**

## Proposta de Admissão Pessoa Física

### DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Proposta de admissão com as assinaturas de dois Anestesiologistas Cooperados Proponentes;
- Cópia do Certificado do Curso de Cooperativismo
- Ficha de indicação de Beneficiário do PIM;
- Cópia do R.G.;
- Cópia do C.P.F.;
- Cópia do comprovante de endereço residencial;
- Cópia da carteira do CRM;
- Cópia do Título de especialista;
- Cópia do Diploma de médico;
- Cópia do Alvará da Prefeitura (autônomo); Caso o alvará seja de ano diferente ao vigente é necessário **Cópia do ISS.**
- Cópia do INSS autônomo (comprovante do recolhimento atualizado) com o número do NIT ou PIS;
- Declaração da Sociedade Paranaense de Anestesiologia - SPA com a anuidade atualizada;
- Aos médicos da Capital, indicamos abertura de conta na GREENCRED, para agilidade no recebimento de seus honorários.
- Cópia de documento bancário constando N.º da agência e da conta corrente;
- Pagamento no valor de R\$ 6.000,00 (cota-parte)

O valor pode ser pago direto na COPAN ou enviar via Correios, com carta registrada (O cheque tem que ser nominal e cruzado à COPAN. Podendo ser parcelado em até 10 vezes).

**\*SÓ ACEITAREMOS A DOCUMENTAÇÃO CORRETA E COMPLETA**



Curta-nos no Facebook e fique sabendo de todas as novidades da sua Cooperativa.



Cooperativa Paranaense  
dos Anestesiologistas

**Termo de Solicitação de Admissão**

NOME: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO RES: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO COML: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

FONE RES: \_\_\_\_\_ FONE COML: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ C/C: \_\_\_\_\_

Solicito, para os devidos fins de direito, a minha admissão junto à **Cooperativa Paranaense dos Anestesiologistas - COPAN**, estabelecida na Rua Itupava, nº 71, Bairro Alto da XV, nesta cidade e Comarca de Curitiba, Estado do Paraná, por minha livre e espontânea vontade.

Declaro o meu conhecimento e a minha anuência a respeito do objetivo social da Cooperativa Paranaense dos Anestesiologistas – COPAN, consistente na prestação de serviços médicos de anestesiologia a serem desempenhados pelos cooperados, dentre os quais a minha pessoa, por meio de contratos firmados com órgãos públicos, municipais, estaduais, federais, além de fundações, autarquias, caixas de assistência, entidades particulares, operadoras de saúde e seguradoras, com a finalidade de auferir melhores condições de trabalho e de remuneração aos cooperados.

Declaro, ainda, que preencho todos os requisitos legais e regulamentares inerentes ao exercício de minha profissão, e me comprometo a não praticar atividades individuais ou coletivas que possam colidir com os interesses, obrigações e os objetivos da entidade.

Informo que tenho pleno conhecimento que o meu vínculo com a Cooperativa Paranaense dos Anestesiologistas – COPAN e seus tomadores de serviço é cooperativo, nos moldes da Lei n.º 5.764/1971, e declaro inexistir qualquer vínculo trabalhista entre a minha pessoa e a COPAN, ou entre a minha pessoa e o terceiro contratante.

Estou ciente que sou responsável por garantir a prevalência da relação jurídica cooperativa, sendo meu dever conduzir-me de forma a preservar a prevalência do vínculo cooperativo.

Tenho conhecimento, ainda, que sou responsável pelas despesas da sociedade, na qualidade de dono e sócio do empreendimento, e que os resultados da cooperativa serão rateados proporcionalmente à produção de cada cooperado.

Estou ciente da minha condição de empreendedor, bem como que sou livre para prestar os meus serviços médicos da forma como melhor me aprouver.

Declaro ter ciência que posso me desligar a qualquer momento da COPAN, e que é

---

**COPAN**  
Cooperativa Paranaense  
dos Anestesiologistas

uma escolha pessoal e livre ir ao mercado através de um empreendimento cooperativo. Estou ciente de que, mesmo na condição de cooperado, tenho liberdade para prestar serviços diretamente a pessoas físicas e jurídicas de maneira autônoma.

Tenho conhecimento, inclusive, que existem diversas outras cooperativas de trabalho médico no Paraná, com as quais posso me associar, em especial em Curitiba e Região Metropolitana.

Declaro, ainda, ter recebido cópia:

- a) da Lei n.º 5.764/1971, e que li e compreendi inteiramente o seu conteúdo, estando ciente da legislação que contempla a sistemática cooperativista, declinando minha expressa anuência a todos os seus princípios;
- b) integral da versão atualizada do Estatuto Social da COPAN, e que li e compreendi inteiramente o seu conteúdo, estando plenamente de acordo com os seus termos, e comprometo-me a cumprir as normas nele ditadas.

Declaro, por fim, que foram sanadas todas as minhas dúvidas e questionamentos sobre o estatuto da COPAN e sobre as normas relativas ao cooperativismo de trabalho médico.

Assim sendo, por ser o aqui declarado a mais pura expressão da verdade, assino esta Declaração para que surta seus efeitos legais.

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome