



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 \_\_\_\_\_  
Nº Agência \_\_\_\_\_ Conta Corrente Nº \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PROCURAÇÃO**

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



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.

---

**COPAN**  
Cooperativa Paranaense  
dos Anestesiologistas

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



Cooperativa Paranaense  
dos Anestesiologistas

TERMO DE RESPONSABILIDADE

*Eu, Dr. \_\_\_\_\_, brasileiro(a), médico anesthesiologista cooperado COPAN, inscrição nº \_\_\_\_\_, inscrito no CRM sob nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, Cidade de \_\_\_\_\_ – PR, mediante este instrumento, DECLARA E ASSUME PLENA RESPONSABILIDADE pelo exercício regular da profissão de médico anesthesiologista, respeitando o Código de Ética Médica e as resoluções do Conselho Federal de Medicina que se aplicam à especialidade da anesthesiologia.*

*Neste sentido, declara expressamente que tem ciência de que a prática de anestésias simultâneas consiste “em um único anesthesista cuidar de forma simultânea de pacientes distintos”, e que nesta circunstância o anesthesista assume conscientemente o risco de produzir danos graves à integridade física de qualquer um dos pacientes, prática que NÃO É ADMITIDA PELA COPAN, sendo obrigação do cooperado (Artigo 8º, alínea b, do Estatuto Social) cumprir com as disposições legais e regulamentares referentes ao exercício da profissão médica, conduta que, se descumprida, poderá ensejar a eliminação do cooperado dos quadros da Cooperativa, de acordo com os artigos 12 e 13 do Estatuto Social da COPAN.*

*Declara estar ciente que o anesthesiologista tem a obrigação de monitorar os sinais vitais (e prestar o pronto atendimento) do paciente durante a plenitude do ato anestésico, cumprindo com o seu dever de vigilância de um único paciente no decurso de todo o tempo da cirurgia, até a plena recuperação anestésica, respeitando, assim, os preceitos do artigo 1º, inciso II, da Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) de nº 1.802/2006: “Art. 1º. (...) II – Para conduzir as anestésias gerais ou regionais com segurança, deve o médico anesthesiologista **manter vigilância permanente a seu paciente**.”; e do inciso IV, do artigo 1º, da Resolução CFM nº 1802/2006, que determina expressamente que “é ato atentatório à ética médica a realização simultânea de anestésias em pacientes distintos, pelo mesmo profissional”.*

*Declara estar ciente que a negligência médica, consubstanciada na conduta de praticar anestésias simultâneas, é tratada como infração penal, tipificada no crime de “periclitação da vida e da saúde”, artigo 132 do Código Penal Brasileiro, que pune a mera exposição do paciente ao risco de dano, tratando-se de um crime de perigo, ou seja, quando o bem jurídico vida ou saúde é exposto a um perigo direto e iminente, podendo ainda, em casos extremos, a conduta ser enquadrada nos crimes de “omissão de socorro” e de “homicídio culposo”, tipificados nos artigos 135 e 121,*

*respectivamente, todos do Código Penal Brasileiro.*

*Declara que está ciente que não são oponíveis como justificativas autorizadas da prática de anestésias simultâneas as alegações de “quantidade exacerbada de cirurgias e de pacientes que precisam de acompanhamento pelos médicos anestesiologistas assistentes”, devendo nestes casos comunicar imediatamente a COPAN e notificar o Diretor Técnico da Instituição Hospitalar para que tome as medidas necessárias para garantir a segurança e a vigilância do paciente durante a integralidade do ato cirúrgico e no pós-operatório, propiciando condições plenas de atendimento contínuo, permanente e ininterrupto do ato anestésico em sua plenitude.*

*Por este Termo, o médico cooperado acima qualificado, assume integral responsabilidade pela sua conduta profissional, responsabilizando-se pessoalmente por todos os danos que causar aos pacientes, à sociedade, aos tomadores de serviços da COPAN e às instituições hospitalares, comprometendo-se a indenizar plenamente a COPAN em relação a todas as despesas, judiciais e extrajudiciais, bem como eventuais condenações que, porventura, advenham da conduta reprovável e ilícita de anestésiar simultaneamente um ou mais pacientes.*

*Fica, por este termo, expressamente declarado e reconhecido pelo cooperado o direito de regresso da COPAN, em relação a toda e qualquer despesa necessária para a defesa judicial e/ou extrajudicial, bem como pelas condenações e multas contratuais que eventualmente vier a sofrer, que tenham como causa, direta ou indireta, a conduta ilícita do médico cooperado, na forma dos artigos 934 do Código Civil e 125 do Código de Processo Civil.*

*Estando claras e declaradas as obrigações assumidas pelo cooperado acima identificado, serve o presente como prova da manifestação expressa do Cooperado de que atua observando as exigências legais e regulamentares, atendendo, assim, as condições de permanência no quadro social da COPAN.*

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

---

Assinatura do cooperado  
CRM \_\_\_\_\_

***Obs.: Termo de responsabilidade deverá ser reconhecido firma.***

**FICHA CADASTRAL E-SOCIAL**

**01 - DADOS CADASTRAIS.**

NOME DO COOPERADO:		CRM:	SEXO:
DATA DE NASCIMENTO:	NATURALIDADE: UF/CIDADE	RAÇA:	NACIONALIDADE:
ESTADO CIVIL:	NOME DO CÔNJUGE:	Nº DEPENDENTES:	
ESTRANGEIRO: ( ) NÃO ( ) SIM Se sim, chegada no Brasil / / Casado com brasileiro:		Possui Filhos brasileiros:	
CPF:	TÍTULO ELEITORAL:		
RG:	EXPEDIÇÃO:	ORGÃO DE EXPEDIÇÃO:	
		INSCRIÇÃO NIT / PIS / INSS Nº:	
NOME DO PAI:		NOME DA MÃE:	

**02 - ENDEREÇO.**

ENDEREÇO: Nº:			
BAIRRO:	CEP:	CIDADE:	UF:
TELEFONE RESIDENCIAL:		TELEFONE CELULAR:	
EMAIL:			

Curitiba, ..... de ..... de 20...

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;
- Procuração (anexo 2 da proposta de admissão).
- Termo de solicitação de admissão;
- Termo de responsabilidade;
- Ficha cadastral E-Social;
- Ficha de indicação de Beneficiário do PIM;
- Cópia do Certificado do Curso de Cooperativismo;
- Foto 3x4;
- Cópia do R.G.;
- Cópia do C.P.F.;
- Cópia do comprovante de endereço residencial;
- Cópia da carteira do CRM;
- Cópia autenticada do Título de especialista;
- Cópia autenticada do Diploma de médico;
- Cópia do registro de especialidade no CRM;
- Cópia do Alvará da Prefeitura (autônomo);
- Cópia do número do PIS
- Cópia de documento bancário constando N.º da agência e da conta corrente;
- Pagamento no valor de R\$ 6.795,41 (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.

**PIM - PLANO DE COBERTURA DE INVALIDEZ OU FALECIMENTO DE COOPERADO**

**Regulamento PLANO COPAN 2006**

Art. 1º - Fica instituído o PLANO DE COBERTURA DE INVALIDEZ OU FALECIMENTO DE COOPERADO, sob administração da COPAN, que se regerá pelo contido nas cláusulas que seguem.

Art. 2º - Terá direito aos benefícios decorrentes do presente PLANO DE COBERTURA DE INVALIDEZ OU FALECIMENTO DE COOPERADO, a partir de janeiro de 2006, todo cooperado da COPAN que contribuir com o plano.

Art. 3º - Ocorrendo morte e/ou invalidez permanente para a prática da anestesia por parte de qualquer cooperado da COPAN, este concorrerá na participação, em sistema de rateio, dentre as ocorrências do mês do óbito/invalidez, do valor, expresso em moeda nacional corrente, representado pela somatória do importe equivalente ao porte anestésico 2 (dois) da CBHPM-Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, como base, hoje no valor de R\$ 100,00 (Cem reais) de cada qual dos demais cooperados da COPAN que tiverem contribuído.

§ único - O valor monetário apurado no rateio será pago diretamente pela COPAN, no mês subsequente ao protocolo do pedido de pagamento da cobertura, ficando desde já esta COPAN autorizada no débito à cada cooperado participante do rateio, no valor equivalente porte anestésico 2 (dois) da CBHPM-Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, como base, hoje no valor de R\$ 100,00 (Cem reais), já em sua próxima produção ou, não havendo saldo suficiente, será emitido bloqueto bancário em nome do cooperado que deverá saldar o valor respectivo.

Art. 4º - Entende-se por invalidez para a prática da anestesia toda situação em que o cooperado acometido por doença ou seqüela de entidade nosológica que lhe impeça a prática da especialidade, restando assim caracterizado ainda que o cooperado possa exercer a Medicina em função administrativa, de pesquisa ou até mesmo em outra especialidade médica.

Art. 5º - Será efetuado tão-somente um único rateio em cada período mensal em que se verifique hipótese de morte e/ou invalidez para a prática da anestesia de cooperado, concorrendo ao valor apurado no rateio, em idênticas cotas-parte, tantos cooperados quantos, no mesmo mês tenham falecido e/ou caracterizada/diagnosticada invalidez para a prática da anestesia e que tenham comunicado à COPAN.

Art. 6º - Todo Cooperado deverá, no prazo de 30 (trinta) dias após a divulgação do presente REGULAMENTO, indicar, em formulário específico para tal finalidade, o nome e um ou mais beneficiários por ocasião do falecimento do mesmo;

§ 1º - Caso não tenha o cooperado efetuado qualquer indicação de beneficiário na hipótese de seu falecimento, terá direito ao benefício previsto no presente REGULAMENTO seus sucessores legais, na forma e ordem prevista no Código Civil brasileiro;

§ 2º - O beneficiário em caso de invalidez para a prática da anestesia será sempre o próprio cooperado ou, em caso de incapacidade mental, seus beneficiários legais.

Art. 7º - O pedido de pagamento em razão de falecimento de cooperado deverá ser subscrito pelo próprio beneficiário previamente indicado pelo cooperado, ou, em não tendo havido prévia indicação, pelo representante legal do Espólio, ou ainda, em não havendo necessidade legal de abertura de Inventário judicial face inexistência de bens a serem inventariados, o pedido deverá ser subscrito pela totalidade dos herdeiros e demais beneficiários do cooperado falecido.

Art. 8º - O pedido de pagamento em razão de invalidez para a prática da anestesia deverá ser formulado pelo próprio cooperado interessado, bem como subscrito conjuntamente com mais 02 (dois) outros cooperados da COPAN, que da mesma forma atestarão a apontada invalidez, ou pelo(s) beneficiário(s) conforme art. 7, em caso de incapacidade mental;

§ único - Também deverá instruir o pedido Atestado Médico, confirmando a invalidez para a prática da anestesia, lavrado por Médico da especialidade da área médica em que a doença/fator determinante da invalidez se fez presente.

Art. 9º - A COPAN reserva-se no direito de submeter o cooperado à perícia médica para constatação da invalidez para a prática da anestesia, a ser realizada por Médico de sua indicação;

§ único - Em sendo tal perícia negativa à concessão do benefício (negativa esta que somente poderá dar-se de forma fundamentada), poderá o interessado recorrer da mesma, através de novo pedido, declinando as razões e fundamentos contrários a tal decisão negativa por parte da Perícia. Será então a situação dirimida pelo Conselho Fiscal da COPAN, restando este como órgão decisório final e irrecorrível.

Art. 10º - Resta expressamente determinado que cada cooperado somente poderá fazer juz uma única vez ao benefício de que trata o presente Regulamento. Destarte, aquele cooperado eventualmente beneficiado em situação de invalidez para a prática da anestesia, não implicará no direito ao benefício (em favor de seus indicados) por ocasião de seu falecimento.

Art.11º - Os casos omissos serão decididos pela Diretoria da COPAN, cabendo recurso ao Conselho Fiscal da mesma.

**(Aprovado na Assembléia Geral Ordinária de 20/03/1996 e emendado na Assembléia Geral Extraordinária de 12/06/2000 e de 18/01/2006)**

## **PLANO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL EMERGENCIAL - PAE**

**Objetivos Gerais:** promover recursos financeiros ao cooperado submetido a situações de interrupção temporária de percepção de ganhos por motivo de saúde de emergência, que promovam incapacidade total ao trabalho, ainda que temporária, restrita ao período inicial de (Quatro meses) da cessação de ganho.

**Justificativa:** o trabalho liberal e autônomo implica atenção individual em termos de poupança ou pecúlio para garantia de manutenção o nível de vida pessoal por acidentes incapacitantes, ou familiar, por morte natural ou acidental.

Qualquer seguro de vida, individual ou em grupo, além de exigir a atenção do comprador para evitar desatualização do prêmio, requer, na hora de uso, carência variável e burocracia para a sua percepção. O mercado securitário escasso é quanto a planos para cessação temporária de lucros. Além disso, pela vinculação obrigatória a seguro de vida torna-se caro e está sujeito a carência mínima de 16 (dezesesseis) dias.

Assim, todos nós estamos sujeitos à interrupção aguda de ganho sem que as despesas essenciais sofram o mesmo processo. Durante a fase em que são providenciadas as burocracias para percepção dos seguros pessoais ficamos a descoberto. É essa fase que pretendemos atender com o projeto.

**Fonte de Recursos:** Taxa de administração de 3% (três por cento), que é descontada do cooperado em cada folha de pagamento.

**Descrição de Plano:** A notificação da interrupção de produção por problemas de saúde de emergência, natural ou acidental, que curse com incapacidade total para o trabalho, gerará, sem qualquer intervalo, um crédito mensal ao colega acometido.

Deverá ser feita por parte do próprio cooperado, dos familiares ou colegas também cooperados e deverá estar acompanhada de atestado médico.

As características seguem abaixo definidas:

**Direito ao Plano:** qualquer cooperado com mais de três meses de filiação e produção regular sendo qualquer ato cooperativo que gere receita par a COPAN, a partir de agosto de 1992.

### **Valores Básicos:**

1º mês de interrupção: 27,78 VEZES o porte anestésico 3C da CBHPM plena 4ª Edição pg 119

2º mês de interrupção: 20,84 VEZES o porte anestésico 3C da CBHPM plena 4ª Edição pg 119

3º mês de interrupção: 13,89 VEZES o porte anestésico 3C da CBHPM plena 4ª Edição pg 119

4º mês de interrupção: 6,95 VEZES o porte anestésico 3C da CBHPM plena 4ª Edição pg 119

A cobertura do plano só atenderá a fase inicial da cessação de ganho, com redução progressiva até o 4º mês. A partir do 5º mês de interrupção do trabalho por incapacidade total, cessará o direito ao plano de maneira improrrogável (entende-se que todos os cooperados, individualmente, são responsáveis pela providência de seguro de vida e pecúlio para interrupções do trabalho mais prolongadas ou definitivas). Os valores serão creditados em duas parcelas quinzenais, junto com a folha dos demais cooperados, a partir da quinzena seguinte à da notificação. **Cada cooperado poderá usufruir o plano somente uma vez por ano.**

Incapacidade total para o trabalho por problema de saúde de emergência, durante períodos inferiores a um mês, darão direito à fração correspondente (número de dias parados sobre os 30 dias) do valor previsto para o primeiro mês de interrupção.

Ficam excluídas do plano, as interrupções nos trabalhos por cirurgias eletivas e cesárea.

Complicações de cirurgias eletivas, emergências no intercurso de gravidez assim como complicações em decorrência de cesariana darão direito pleno ao benefício.

Quando a Diretoria achar conveniente será feita uma perícia pela junta médica da COPAN.

#### Direitos por tempo de filiação e produção:

Carência: 3 (três) meses de filiação e produção regular para os novos cooperados, a contar da data da primeira produção; e 3 (três) meses de filiação e produção regular para todos os cooperados, a partir de 25 de maio de 1992.

Valores proporcionados ao tempo de filiação e produção:

- Cooperados com mais de 5 (cinco) anos de filiação e produção regular: valores plenos previstos para cada mês de interrupção do trabalho.
- Cooperados com filiação com mais de 2 (dois) e menos de 5 (cinco) anos de produção regular: 80% (oitenta por cento) do aporte previsto para cada mês de interrupção.
- Cooperados com filiação entre 3 (três) meses e 2 (dois) anos de produção regular: 60% (sessenta por cento) do aporte previsto para cada mês de interrupção.

**Observação:** Na eventualidade de uso excessivo do plano, ou seja, quando o valor requerido para dar cobertura a todos os cooperados que estejam incapacitados para o trabalho, totaliza montante maior que a capacidade de provimento da Fonte de Recursos, o valor mensal disponível será rateado entre os usuários do plano de forma proporcionada ao direito de cada um.

**Início de Crédito:** quinzena seguinte à da notificação de incapacidade para o trabalho, feita pelo próprio cooperado, ou familiares, endossada por outros dois cooperados e acompanhado de atestado médico.

O crédito individual será interrompido, automaticamente, após a 8ª quinzena (quarto mês) ou, antecipadamente, pela notificação de retorno da capacidade laboral do cooperado, do próprio punho, ou através de outro cooperado do local.

A COPAN reserva-se o direito de fiscalizar a manutenção da incapacidade produtiva através de seus próprios recursos.