

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA
INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 01/2024

Eu, _____,
médico(a) anesthesiologista, CRM _____, RQE _____, candidato(a) a cooperado(a) da
COOPANEST/AL – COOPERATIVA DOS ANESTESIOLOGISTAS DO ESTADO DE ALAGOAS LTDA, CNPJ
05.515.377/0001-05, abaixo assinado(a), declaro, para os devidos fins, que:

a) Fui devidamente informado(a) sobre a existência, o conteúdo e a obrigatoriedade da INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 01/2024, instituída pelo Conselho de Administração da cooperativa, cujo objetivo é estabelecer critérios claros, justos e transparentes para a alocação de plantões entre os cooperados;

b) Reconheço a necessidade da criação da referida normativa, considerando a busca pela equidade nas escalas, o fortalecimento da atuação cooperativista, o cumprimento dos compromissos assumidos pela cooperativa junto aos contratantes, e, sobretudo, o compromisso com a vida e a segurança dos beneficiários dos serviços prestados;

c) Tenho ciência de que o cumprimento da normativa contribui para a prevenção de sanções contratuais, inclusive multas, decorrentes de falhas operacionais e inadimplemento das obrigações assumidas;

d) Estou ciente de que, na condição de candidato(a) a novo(a) cooperado(a), durante um período de 3 (três) anos, será exigido o cumprimento mínimo de 12 horas semanais, compreendendo plantões diurnos de segunda a sexta-feira e plantões noturnos de segunda a quinta-feira. Além disso, serão acumuladas 24 horas mensais aos fins de semana, que incluem os plantões noturnos de sexta-feira, além de sábados e domingos, conforme processo seletivo e disponibilidade da cooperativa;

e) Declaro que recebi cópia digital da referida Instrução Normativa e que esta declaração tem como finalidade registrar formalmente minha ciência e concordância, não podendo ser alegado futuramente qualquer desconhecimento de seu conteúdo ou obrigações.

Por ser verdade, firmo a presente.

Maceió (AL), _____ de maio de 2025

Assinatura (Nome completo) - CREMAL