

## ANEXO I – DECLARAÇÃO E TERMO DE COMPROMISSO

Eu, \_\_\_\_\_, médico(a) inscrito(a) no CRM n.º \_\_\_\_\_, aprovado no processo seletivo público para ingresso de novos médicos cooperados da UNIMED PORTO VELHO, para a vaga na especialidade de \_\_\_\_\_, conforme regras estabelecidas no Edital n.º 01/2025, declaro que recebi cópia do **Estatuto Social, Regimentos e regulamentos internos da Cooperativa**, sendo informado das regras existentes que norteiam o relacionamento Cooperativa e o Cooperado (a), bem como orientações em relação à operacionalização dos atendimentos aos beneficiários.

Declaro que, se aprovado no processo e efetivada a minha inclusão como médico cooperado da Unimed Porto Velho, cumprirei as regras estabelecidas pela Unimed Porto Velho e ASSUMO O COMPROMISSO de atender às necessidades da cooperativa e, especialmente, nos Recursos próprios, nos termos e condições previstas no Estatuto Social, Regimento interno, Edital de divulgação do processo seletivo e demais normativos estabelecidos pela Unimed Porto Velho.

Declaro que não exerço atividades que configurem conflito de interesse com a atividade da cooperativa e declaro que não sou sócio ou ocupante de cargos de direção em instituições concorrentes da Cooperativa.

Declaro também que me foi destacada a obrigatoriedade de realizar a prestação de serviços médico-assistenciais na especialidade e/ou área de atuação selecionada na Rede Própria da Unimed Porto Velho, de acordo com a necessidade e interesse da Unimed Porto Velho.

Tendo conhecimento da obrigação declaro que **assumo o compromisso de atender, as chamadas da Unimed para atender nos recursos próprios, conforme a necessidade da Unimed Porto Velho.**

**Assim, comprometo-me a, prontamente, atender aos chamados do Hospital da Unimed, assumo ainda o compromisso formal de participar da escala de plantão (presencial ou de sobreaviso) no Hospital, na especialidade de \_\_\_\_\_**, conforme necessidade com escala previamente elaborada pelo Diretor do Hospital. E também assumo o compromisso de prestar atendimento ambulatorial no Centro Integrado de Assistência à Saúde - CIAS Unimed, segundo a necessidade e disponibilidade de espaço no CIAS e outros serviços que sejam implementados.

Declaro também que me foi ressaltado o **Art. 30, do Estatuto Social referente aos deveres do associado e das responsabilidades e obrigações**, além do destaque ao texto do Regimento Interno nos Capítulos “Da relação Cooperado/Unimed” e “Dos direitos e deveres do médico cooperado”. Sendo enfatizados os artigos **25, 72, 89 a 94** do Regimento Interno, abaixo transcritos:

**Art. 25,** VIII – Atender aos chamados e comparecer, sempre que convocado, para reuniões com a Diretoria Executiva, o Conselho Ético-Técnico, o Conselho de Administração ou o Conselho Fiscal.

**Art. 72.** – Participar, na proporção de sua produção, do rateio das perdas financeiras da Cooperativa.

**Art. 89.** - A utilização de material em procedimento médico fora do padrão de materiais especificados pela Unimed Porto Velho, deverá ser objeto de prévio pedido, devidamente justificado e de prévia autorização, sob pena de recusa de seu pagamento.

**Art. 90.** - CABE AO MÉDICO ASSISTENTE DETERMINAR AS CARACTERÍSTICAS (TIPO, MATÉRIA-PRIMA, DIMENSÕES) DAS ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME) IMPLANTÁVEIS, BEM COMO O INSTRUMENTAL COMPATÍVEL, NECESSÁRIO E ADEQUADO À EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO, DENTRO DOS PARÂMETROS PREVISTOS **NA RESOLUÇÃO NORMATIVA DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – RN/CFM N.º 1956/2010.**

**Art. 91.** - É vedado ao médico assistente requisitante exigir fornecedor ou marca comercial exclusivos.

**Art. 92.** - No caso de divergências entre o médico assistente e a Operadora, cabe a indicação de um médico especialista, escolhido em comum acordo, para arbitrar sobre a autorização do procedimento e dos materiais solicitados, de acordo com a **RN/CFM n.º 1956/2010.**

**§ 1º.** As eventuais despesas decorrentes da consulta ao médico escolhido pelas partes serão suportadas pela Cooperativa.

**§ 2º.** A decisão do médico consultado não poderá recair em material que não esteja devidamente regularizado junto à ANVISA e cadastrado perante a Cooperativa.

**Art. 93.** - Caso a Cooperativa seja obrigada a custear a órtese, prótese ou material originalmente indicado pelo médico assistente cooperado, seja por insistência deste último, contrariando decisão do médico escolhido pelas partes, ou por decisão judicial decorrente de questionamento do beneficiário, a diferença de valores daí decorrentes será suportada pelo cooperado.

**Parágrafo único:** A diferença que trata o caput deste artigo, será lançada como dispêndio realizado no interesse exclusivo do médico assistente cooperado, decorrente de sua condição de sócio da Cooperativa.

**Art. 94.** - A não observância do disposto nos **artigos 89 a 93**, acima, por parte do médico assistente cooperado, implicará na abertura de processo técnico-disciplinar para apuração de infração às regras da Cooperativa, sujeito a aplicação das penalidades daí decorrentes.

Declaro também que, conforme previsão no **artigo 68 do Regimento Interno da Unimed Porto Velho**, abaixo transcrito, assumo o compromisso de atender, sem qualquer discriminação, os beneficiários de intercâmbio, respeitando as regras do Manual de Intercâmbio e os valores padronizados no Sistema Unimed.

**Art. 68.** - Em razão do caráter nacional do Sistema Unimed, os cooperados deverão atender, obrigatoriamente, sem qualquer tipo de discriminação, os clientes de outras singulares, que se encontrem na área de atuação, respeitando o manual de intercâmbio, desde que devidamente identificados, salvo orientação em contrário da Unimed Porto Velho.

Autorizo a Cooperativa Unimed Porto Velho a utilizar minha imagem para divulgação institucional e também autorizo a divulgar meu nome e dados profissionais (qualificação, CRM, endereço, telefone e e-mail) na página da internet e nos canais de comunicação com os beneficiários.

Declaro ainda que fui orientado sobre o canal de comunicação oficial entre cooperativa e cooperado que é o portal da transparência com endereço eletrônico [www.unimedportovelho.coop.br/transparencia](http://www.unimedportovelho.coop.br/transparencia).

Autorizo que a comunicação oficial da Cooperativa comigo seja feita por meio eletrônico, através do meu endereço de e-mail abaixo transcrito, além de mensagens de texto para o meu número de telefone celular, os quais me comprometo a manter sempre atualizado.

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Celular:** (69) \_\_\_\_\_

Porto Velho (RO), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_  
Médico(a) com Especialidade em  
CRM/RO n.º \_\_\_\_\_

**Ps. Aceita-se assinatura com certificado digital ou por meio do Gov.br**