



**COOPERATIVA DE TRABALHO DOS
PEDIATRAS DO CEARÁ LTDA - COOPED-CE.
CNPJ N°01.052.748/0001-09
NIRE 23400007257**

EDITAL PÚBLICO PARA ADMISSÃO DE NOVOS COOPERADOS

Pelo presente Edital Público para Admissão de novos Cooperados, o Diretor-Presidente da Cooperativa dos Pediatras do Ceará – COOPED-CE, CNPJ 01.052.748/0001-09, NIRE nº 23400007257, com sede social localizada na Rua Silva Paulet, nº 2526, Bairro Dionísio Torres, em Fortaleza - CE, com base nos arts. 3º, 4º, 5º, 41 e 48, alíneas “b”, “c” e “f” do Estatuto Social, comunica aos médicos pediatras, cirurgiões pediátricos e residentes de Pediatria no 2º e 3º anos da residência médica, que estão abertas as inscrições para o processo de admissão de novos cooperados, na forma deste Edital, adquirindo o candidato aprovado a qualidade de médico cooperado desde que cumpridas todas as exigências estabelecidas e observadas as disposições da Lei Federal nº 5.764 de 16 de dezembro de 1971, da Lei Federal nº 12.690 de 19 de julho de 2012, do Estatuto Social, do Regimento Interno, dos anexos deste edital e demais normas pertinentes da Cooperativa e as normas abaixo:

- 1) O período de inscrição ocorrerá entre os dias 09/09/2024 e 30/09/2024, na modalidade presencial na sede da Cooperativa, localizada no Shopping Avenida na Avenida Dom Luís, 300 – Sala 1012 e 1013, Meireles, em Fortaleza (CE), em dias úteis e em horário comercial das 8h00 às 17h00;
- 2) Antes de efetuar a sua inscrição, o candidato a cooperado deverá acessar o Anexo 1 deste Edital para se inteirar da respectiva documentação necessária e probatória para se inscrever e se, efetivamente, preenche todos os requisitos exigidos para se tornar cooperado;
- 3) O candidato a cooperado preencherá a Ficha de Admissão fornecida pela Cooperativa no Anexo 2, assinando-a em companhia de 2 (dois) cooperados proponentes que tenham produção na COOPED;
- 4) O candidato a cooperado deve estar ciente de que, para ter sua inscrição deferida, deverá participar obrigatoriamente do curso *on-line* “Cooperativismo - Primeiras Lições”, na plataforma “capacitacoop” no endereço <https://www.capacita.coop.br/cursos>, com duração de 4 (quatro) horas, devendo concluir o curso até, no máximo, o dia 30/09/2024, sob pena de indeferimento do pedido de associação à Cooperativa;
- 5) As inscrições recebidas serão analisadas pela Diretoria da Cooperativa e, posteriormente, comunicadas sobre seu deferimento ou indeferimento, com a respectiva justificativa;

- 6) O candidato com inscrição deferida deverá, ainda, participar **obrigatoriamente** do Curso de Admissão de Cooperados, que ocorrerá no dia 07/10/2024 às 17h, exclusivamente em formato presencial;
- 7) O não cumprimento do item “6” deste Edital pelo candidato a cooperado implicará na sua desclassificação automática deste processo de admissão de novos cooperados;
- 8) O candidato a cooperado deve estar ciente de que, de acordo com dispositivos do Estatuto Social da COOPED, uma vez tenha se tornado cooperado, deverá contribuir com o cumprimento de 24 (vinte e quatro) horas mensais pelo período de 12 (doze) meses ou 12 (doze) horas mensais pelo período de 24 (vinte e quatro) meses a contar da data de sua admissão, de plantões médicos nos estabelecimentos dos contratantes da COOPED, conforme condições previstas no Estatuto Social e deliberação da Diretoria:
 - a. Os candidatos Neonatologistas deverão cumprir a carga horária em plantões de fim de semana no Hospital Geral Dr. César Calls ou Hospital Geral de Fortaleza, salvo deliberação distinta da Diretoria;
 - b. Os candidatos Intensivistas Pediátricos deverão cumprir a carga horária em uma das Unidades de Terapia Intensiva do Hospital Infantil Albert Sabin, salvo deliberação distinta da Diretoria;
 - c. Os candidatos a Pediatras deverão cumprir a carga horária no Hospital Municipal João Elísio de Holanda (Maracanaú) ou nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) ou nas unidades do Sistema penitenciário de Saúde, salvo deliberação distinta da Diretoria;
- 9) Após o processo de admissão, o não cumprimento dos 8 deste edital, do Estatuto Social, do Regimento Interno e das Resoluções da COOPED-CE acarretará a aplicação de punições previstas no Estatuto Social, podendo resultar até em eliminação do quadro de cooperados.
- 10) O candidato a cooperado, logo após conclusão do Curso de Admissão de Cooperados no dia 07/10/2024, deverá já assumir escala de plantão de acordo com o item 8 deste edital.
- 11) O candidato a cooperado deverá efetuar a integralização de seu capital social após assumir escala de plantão de acordo com o item 8 deste edital.
- 12) O candidato a cooperado terá impreterivelmente até o dia 21/10/2024 para efetuar a subscrição de seu capital social (10.000 quotas-partes), que poderá ser pago de uma só vez ou em até 10 (dez) parcelas mensais e consecutivas, nos termos previstos no Estatuto Social, procedimento este imprescindível para tornar-se cooperado da COOPED-CE. Somente após o pagamento da quota-partes poderá atuar em plantões pela Cooperativa.
- 13) Caso o candidato a cooperado ultrapasse a data limite estabelecida no item 12 deste edital para efetuar a subscrição e a integralização total ou parcial de seu capital social, terá a sua admissão cancelada, não cabendo nenhum tipo de

- indenização ou ressarcimento de qualquer natureza, nem tampouco será aproveitada a referida inscrição para outros futuros chamamentos;
- 14) Para maiores informações ou para elucidar eventuais dúvidas, contatar a COOPED-CE pelo telefone (85) 98670-7542 em dias úteis e em horário comercial (8:00h às 17:00h).

JOAO OSMIRO Assinado de forma
BARRETO:0734 digital por JOAO
OSMIRO
5640310 BARRETO:07345640310

Dr. João Osmiro Barreto
Diretor-Presidente

ANEXO 1 – DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA ENTREGA NO PROCESSO DE ADMISSÃO

1. CÓPIAS AUTENTICADAS DOS DOCUMENTOS PESSOAIS ABAIXO:

- 1.1) Documento de Identidade (RG);
- 1.2) Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- 1.3) Cédula de Identidade Médica (CRM);
- 1.4) Título de Eleitor;
- 1.5) Cópia da Carteira de Trabalho com número do PIS/PASEP OU NIT;
- 1.6) Diploma Médico;

2. CÓPIAS DOS DOCUMENTOS ABAIXO:

- 2.1) Comprovante de endereço residencial (contas de água, energia, telefonia ou tv a cabo);
- 2.2) Certificado de conclusão de residência médica em Pediatria ou Cirurgia Pediátrica ou, em caso de Médico-Residente, declaração de residência médica em Pediatria em curso e/ou Certificado do Título de Especialista (emitida pela AMB/SBP ou AMB/CIPE);
- 2.3) Comprovante de inscrição como contribuinte de Imposto sobre Serviços - ISS autônomo (a inscrição pode ser realizada no link: <https://esefin.sefin.fortaleza.ce.gov.br/esefin/login.seam?cid=144676>);
- 2.4) Certificado ou Declaração de Membro Ativo da SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria);
- 2.5) Registro de Qualificação de Especialista – RQE ou entrega do protocolo de solicitação junto ao CREMEC (exceto em caso de residentes, devendo este apresentar, obrigatoriamente, após conclusão da residência médica).

OBS.: O Protocolo de solicitação do RQE terá prazo de validade máximo de 90 (noventa) dias, quando deverá ser substituída pelo Registro de Qualificação de Especialista – RQE.

3. CERTIDÕES NEGATIVAS ABAIXO:

- 3.1) Certidão de Antecedentes Civis e Criminais (Federal e Estadual), conforme links abaixo:
 - a) Certidão de Antecedentes Criminais da Polícia Federal: <https://www.gov.br/pf/pt-br/assuntos/antecedentes-criminais>
 - b) Certidão Negativa Cível e Criminal da Justiça Federal: <https://www.cjf.jus.br/cjf/certidao-negativa>
 - c) Certidão Negativa de Antecedentes Criminais Estadual: <https://sistemas.sspds.ce.gov.br/AtestadoAntecedentes/>
- 3.2) Certidão de Antecedentes Éticos do Conselho Regional de Medicina de atuação (<https://portalservicos.cfm.org.br/portal/login/pessoa-fisica/CE>);

ANEXO 2



FICHA DE ADMISSÃO COOPERATIVA DOS PEDIATRAS DO CEARÁ LTDA
RUA SILVA PAULET, 2526 – DIONISIO TORRES – CEP: 60120-021 – FORTALEZA- CE

DADOS PESSOAIS

Nome do profissional:

Endereço:

Bairro:

Nº:

Complemento:

CEP:

Naturalidade

Nacionalidade:

Estado Civil:

Sexo:
 Masculino Feminino

Data de nascimento:

Data de Formatura:

Local de Formatura:

Raça e Cor:

– Branca – Preta – Parda
 – Amarela – Indígena

E-mail:

Telefone Residencial:

Telefone Celular:

Número de dependentes:

Nome do Mãe:

Nome do Pai:

DOCUMENTAÇÃO

Tipo de documento de identificação apresentado:

– RIC - Registro de Identidade Único; – RG - Registro Geral; – RNE - Registro Nacional de Estrangeiro;

Número do Documento:

Data de Expedição:

Orgão Emissor:

UF:

Número do CPF:

Número do PIS/PASEP/INSS/NIT:

Título de eleitor/Zona/Seção:

CNS:

Número do ISS:

Número do CTPS:

Série:

UF:

Número do CRM:

UF(CRM):

Data de expedição do CRM:

Especialidade:

– Pediatria
 – Cirurgia Pediátrica

RQE da Especialidade:

Sub-Especialidade:

RQE da Sub-Especialidade:

DADOS BANCÁRIOS

Banco:

Número da agência:

Nº da Conta Corrente:

Associado da COOPED-CE, venho manifestar o meu interesse na prestação de serviços como plantonista, através desta COOPERATIVA e de acordo com suas normas pertinentes.

Cooperados Preponentes:

Nome do cooperado 1
 CPF e CRM do cooperado 1

Nome do cooperado 2
 CPF e CRM do cooperado 2

Fortaleza/CE, _____ de _____ de 20_____

Candidato a cooperativa

Dr. João Osmiro Barreto
 Diretor-Presidente

Dra. Marva Chagas C. Guilherme
 Diretora de Relações Médico-Hospitalares