

**SOLICITAÇÃO DE DESLIGAMENTO**

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

À Concoop – Cooperativa de Médicos Concoop

Solicito meu desligamento da Cooperativa de Médicos Conocop, uma vez que encerrei minha movimentação através desta cooperativa.

Abaixo, segue os meus dados bancários para a devolução da integralização de capital realizada na época da minha filiação.

Banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C/C: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço residencial e e-mail, para posterior envio da DIRF:

Rua: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E.Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Estou ciente e de acordo que:**

**a) Em face do processamento deste pedido e suas implicações administrativas e contábeis, o desligamento, para todos os fins de direito, será efetivado no 1º (primeiro) dia útil de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do corrente ano; (mês)**

**b) Qualquer repasse realizado após o meu desligamento da cooperativa será ATO NÃO COOPERATIVO e ficarei sujeito ao pagamento/desconto de todos os impostos correspondentes (IRPJ, IRPF, INSS, PIS,COFINS, ISS, CSLL).**

Sendo só para o momento, agradeço a atenção.

Nome do Cooperado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_