



## TERMO DE LIVRE ADESÃO

Eu \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº. \_\_\_\_\_  
e CPF nº. \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) no Endereço:  
\_\_\_\_\_, **declaro**,  
nos termos da Lei 12.690/12 através do art. 3º, I, bem como o art. 7º do Estatuto Social  
que optei livremente por associar-me a UNIBRASIL SAUDE e que estou ciente dos meus  
direitos e deveres como sócio cooperado, dispostos e elencados no Regimento Interno e  
Estatuto Social.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura**