**Termo de Cooperação**

Eu, **nome do colaborador (pessoa física ou instituição)**, (função), da instituição (preencher com o nome da instituição), abaixo assinado, aceito cooperar com a Liga Acadêmica **nome completo Liga e Sigla**, cumprindo todas as normas presentes Regimento Interno do CAMN que trata das LIGAS ACADÊMICAS DO CURSO DE MEDICINA;

Maringá (PR), **\_\_\_\_** de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** de 2025.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COOPERADOR(A)**