

BOLETIM DE VOTO A DISTÂNCIA DA ASSEMBLEIA GERAL ESPECIAL SEMIPRESENCIAL DA COOPASAUD - COOPERATIVA DE TRABALHO EM ASSISTENCIA SOCIAL E SAUDE DO ESTADO DA BAHIA LTDA - CNPJ Nº 20.971.571/0001-80, A SER REALIZADA NO DIA 02 DE DEZEMBRO DE 2022.

Nos termos do art. 43-A da lei nº 5.764/71, os cooperados poderão exercer o direito de voto através do preenchimento deste boletim de voto a distância, disponibilizado pela cooperativa, através do seguinte endereço eletrônico: www.coopsasaud.com.br em sua forma virtual, e também físico/impresso nas unidades de atendimentos nos municípios de Feira de Santana, Jaguarari, Coração de Maria, Xique-Xique, Ribeira do Amparo e Sento Sé – BA.

A Assembleia Geral Especial será realizada na data de 02 de dezembro de 2022.

Este boletim não impede o cooperado se fazer presente na Assembleia e exercer seu direito de participação e votação, caso em que o presente boletim enviado será desconsiderado.

Nome do Cooperado: _____

Ordem do Dia

1º) Proposta apresentada para aprovação do relatório prévio de gestão anual – 2022; (Íntegra no site: <http://coopasaud.com.br/>).

() Aprovar () Rejeitar () Abster-se

Quero registrar: _____

2º) Proposta apresentada para aprovação dos resultados econômicos dos projetos e contratos firmados; (Íntegra no site: <http://coopasaud.com.br/>).

() Aprovar () Rejeitar () Abster-se

Quero registrar: _____

3º) Proposta apresentada para aprovação da forma organizacional da prestação de serviço no ano de 2022.

() Aprovar () Rejeitar () Abster-se

Quero registrar: _____

4º) Avaliação da cooperativa pelos cooperados

() Aprovar () Rejeitar () Abster-se

Quero registrar: _____

Data: _____

CPF: _____

Assinatura do Cooperado (a) _____

Pesquisa de satisfação

Prezado (a) cooperado (a), queremos aproveitar a oportunidade da Assembleia Geral Especial que ocorrerá dia 02 de dezembro de 2022, para avaliar o nível de satisfação e participação dos cooperados. O objetivo é utilizar a pesquisa para reforçar o que estamos acertando e melhorar no que for necessário. Sua participação é muito importante para nós.

Nome: _____

Profissão: _____

1. Quanto tempo você é associado da COOPASAUD?

- () Menos de 1 ano
- () 1 ano
- () 2 anos
- () 3 anos
- () mais de 4 anos

2. Você já participou de capacitações promovida pela COOPASAUD?

- () Sim
- () Não

Caso não, informe o motivo:

3. Você tem dificuldade de acesso a COOPASAUD?

- () Sim
- () Não

4. Suas demandas são respondidas/atendidas?

() sim

() não

5. Quais dos benefícios abaixo você utiliza ou já utilizou?

() Descontos em redes credenciadas

() atendimento com psicólogo

() graduação com descontos de 50%

() pós graduação com desconto de 50%

() plano de saúde

6. Deixe uma sugestão e/ou registro para COOPASAUD.

-

Data: _____

CPF: _____

Assinatura do Cooperado (a) _____