



Matrícula N°

PREENCHIMENTO PELO COOPERADO

Nome:

Conselho: N° do Conselho: Data de Emissão: / /

CPF: CI: Órgão Emissor: Data de Emissão: / /

N° do INSS: N° do ISS: N° do CNS:

Data de Nasc.: Município de Nasc.: UF: Nacionalidade:

RNE (Registro Nacional de Estrangeiro): Órgão Emissor: Data de Emissão: / /

Data de Chegada no Brasil: / / Naturalização: Casado com Brasileiro () - Filhos Brasileiros ()

Email:

Declaração: O cooperado se declara CIENTE e DE ACORDO que o endereço de e-mail acima indicado será utilizado para a remessa de informações sobre como obter, anualmente, o informe de rendimentos para o ajuste do imposto de renda da pessoa física, conforme autorizado pela Receita Federal, ficando a cooperativa dispensada do envio da via impressa. Cabe ao cooperado sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, informar à Cooperativa sobre eventual alteração do seu endereço eletrônico, bem como dos demais dados desta Ficha de Matrícula.

Raça/Cor: () Branco () Pardo () Negra () Amarelo () Indígena () Não informado	Grau de Instrução: () Educação Superior em Andamento () Pós Graduação () Educação Superior Completa () Mestrado em Andamento () Mestrado Completo () Doutorado em Andamento () Doutorado Completo	Classificação da condição do trabalhador estrangeiro no Brasil:	Deficiência: () Física () Auditiva () Visual
		() 1 Visto permanente; () 2 Visto temporário; () 3 Asilado; () 4 Refugiado; () 5 Solicitante de Refúgio; () 6 Residente em país fronteiro ao Brasil; () 7 Deficiente físico e com mais de 51 anos; () 8 Com residência provisória e anistiado, em situação irregular; () 9 Permanência no Brasil em razão de filhos ou cônjuge brasileiros; () 10 Beneficiado pelo acordo entre países do Mercosul; () 11 Dependente de agente diplomático e/ou consular de países que mantém convênio de reciprocidade para o exercício de atividade remunerada no Brasil; () 12 Beneficiado pelo Tratado de Amizade, Cooperação e Consulta entre a República Federativa do Brasil e a República Portuguesa.	

Nome da Mãe: Nome do Pai:

Dados Bancários Credicom:

Banco n°: Agência: Conta Corrente:

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua: Nº: Complemento: Bairro:
Cidade: CEP: UF:
Tel: Celular:

ENDEREÇO COMERCIAL

Rua: Nº: Complemento: Bairro:
Cidade: CEP: UF: Tel:

DESEJA CADASTRAR OUTRO ENDEREÇO QUE PRESTA ATENDIMENTOS

Rua: Nº: Complemento: Bairro:
Cidade: CEP: UF: Tel:

SEXO:	ESTADO CIVIL:			
Masculino		Solteiro		Desquitado/Divorciado
				Viúvo
Feminino		Casado		Separado

Já recebe benefício previdenciário da aposentadoria por tempo de contribuição ou idade? __ Sim __ Não

() ESPECIALISTA: () RESIDENTE: () ESPECIALIZANDO:

DESEJA ATENDER A TODOS OS CONVÊNIOS DA SANTACOOP EM SEU CONSULTÓRIO? __ Sim __ Não

REALIZA ATENDIMENTOS PELO SUS? __ Sim : () CEM () SANTA CASA () Hospital Baleia __ Não

OUTROS LOCAIS ONDE PRESTARÁ ATENDIMENTOS:

Data: / /

Assinatura: x