



SANTACOOPBH - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CNPJ: 712919260001-21

ENDEREÇO : RUA DOS OTONI, 712 – 2º ANDAR – B. SANTA EFIGÊNIA – BELO HORIZONTE/MG CEP:30150-274

PROPOSTA DE ADMISSÃO COOPERADO

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 demonstrativos de pagamentos e, 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: ( ) 1 Visto permanente; ( ) 2 Visto temporário; ( ) 3 Asilado; ( ) 4 Refugiado; ( ) 5 Solicitante de Refúgio; ( ) 6 Residente em país fronteiriço 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.	Deficiência: ( ) Física ( ) Auditiva ( ) Visual

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:

SEXO: ESTADO CIVIL: DESLIGAMENTO / DATA

Masculino	Solteiro	Desquitado/Divorciado
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 São Lucas ( ) Hospital Baleia \_\_\_ Não

OUTROS LOCAIS ONDE PRESTARÁ ATENDIMENTOS:

## COOPERADO

DECLARO estar ciente de que este documento é um **requerimento de ingresso**, sujeito à verificação posterior dos requisitos estatutários para a minha admissão como cooperado(a), admissão esta que somente se efetivará, para todos os fins de direito, na data da assinatura do(a) Presidente(a) da cooperativa, abaixo, ou do seu substituto estatutário, quando este documento se tornará **FICHA DE MATRÍCULA**. DECLARO, ainda, que me foi dado pleno conhecimento do Estatuto desta Cooperativa, o qual me obriga a cumprir. Apresento os originais e entrego cópias do: **diploma, certificado de especialidade registrado no Conselho Regional de Medicina, cédula de identidade profissional, INSS (comprovante que contenha o nº), ISSQN, comprovante de endereço original e comprovante de conta corrente. Comprometo a manter atualizados os meus dados cadastrais na cooperativa.**

Data: / / Assinatura: x

CAPITAL SOCIAL - Valor integralizado corresponde à R\$100,00 (Cem reais), conforme Estatuto Social

X X

Assinatura e Carimbo do Proponente

Assinatura e Carimbo do Proponente

X X

Data: / / Assinatura Diretor Presidente

Assinatura Diretor Secretário

**ATENÇÃO: A filiação à SantaCoop somente será efetivada após a entrega de toda a documentação necessária para cadastramento e após análise dos referidos documentos pela cooperativa.**