

FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome:			Profissão: Médico Anestesiologista		
Conselho: Regional de Medicina		Nº CRM:	Nº do RQE:		Data de Emissão:
CPF:	Registro Geral (RG):		Órgão Emissor:		Data de Emissão:
Nº do INSS:		Nº do ISS:		Nº do CNES:	
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 ()		
E-mail:					
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: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Amarela ☐ Não informado		Grau de Instrução: ☐ Educação Superior em Andamento ☐ Pós-graduação ☐ Educação Superior Completa ☐ Mestrado em Andamento ☐ Mestrado Completo ☐ Doutorado em Andamento ☐ Doutorado Completo		Deficiência: ☐ Física ☐ Auditiva ☐ Visual	
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 mantêm 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:					
Banco (nº):		Agência:		Conta Corrente:	
ENDEREÇO RESIDENCIAL					
Rua / Avenida:					
Bairro:		Cidade:			
CEP:	UF:	Telefone:		Celular:	
ENDEREÇO COMERCIAL (SE HOUVER)					
Rua / Avenida:					
Bairro:		Cidade:		Telefone:	
CEP:	UF:				

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

INFORMAÇÕES PARA IMPOSTO DE RENDA

Quantidade de dependentes do IRRF:			
Nome do Dependente:	CPF:	Grau de Parentesco:	Data de Nascimento:
Recebe benefício previdenciário da aposentadoria por tempo de contribuição ou idade?			☐ Sim ☐ Não

COOPERADO

DECLARO estar ciente de que este documento é um **requerimento de ingresso**, sujeito à verificação dos requisitos estatutários para a minha admissão como cooperado(a), admissão esta que somente se efetivará, após parecer da Diretoria.

O CAPITAL SOCIAL a ser integralizado corresponde quinze mil quotas partes, cada quota corresponde a R\$ 1,00 (um real), conforme Estatuto Social.

Forma de pagamento:	☐ à vista	☐ Parcelado:	(Máximo de 06 parcelas.)
Data:	Assinatura:		