|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **FICHA CADASTRAL DE COOPERAÇÃO PF** | RE-GCP-001 | | |
| Controle Documentos | | |
| **Título:** Ficha Cadastral de Cooperação PF | | **Primeira** | **Última** | **Revisão** |
| Responsável: Assistente Financeiro | | 25/09/2019 |  | 01/2020 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA DO CADASTRO:** |  | | | | | | | | | | |
| NOME: |  | | | | | | | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: |  | | SEXO: | | | | | |  | | |
| CPF: |  | | TITULO DE ELEITOR: | | | | | |  | | |
| RG: |  | | ORGÃO EXPEDIDOR: | | | | | |  | | |
| PIS: |  | | RQE: | | | | | |  | | |
| NACIONALIDADE: |  | | NATURALIDADE: | | | | | |  | | |
| ESTADO CIVIL: |  | | Nº DE DEPENDENTES: | | | | | |  | | |
| **LISTA DE DEPENDENTES** | | | | | | | | | | | |
| NOME: |  | | DATA DE NASCIMENTO: | | | | | |  | | |
| GRAU DE PARENTESCO: |  | | CPF: | | | | | |  | | |
| NOME: |  | | DATA DE NASCIMENTO: | | | | | |  | | |
| GRAU DE PARENTESCO: |  | | CPF: | | | | | |  | | |
| NOME: |  | | DATA DE NASCIMENTO: | | | | | |  | | |
| GRAU DE PARENTESCO: |  | | CPF: | | |  | | | | | |
| NOME: |  | | DATA DE NASCIMENTO: | | | | | |  | | |
| GRAU DE PARENTESCO: |  | | CPF: | | | |  | | | | |
| **NOME DO CÔNJUGE:** |  | | **CPF:** | | | |  | | | | |
| **NOME DO PAI:** |  | | | | | | | | | | |
| **NOME DA MÃE:** |  | | | | | | | | | | |
| **DADOS RESIDENCIAIS** | | | | | | | | | | | |
| ENDEREÇO: |  | | | | | | | | | | |
| NÚMERO: |  | COMPLEMENTO: |  | | | | | | | | |
| BAIRRO: |  | | CIDADE: | | | |  | | | | |
| ESTADO: |  | | CEP: | | | |  | | | |  |
| **TELEFONES PARA CONTATO** | | | | | | | | | | | |
| TELEFONE: |  | | CELULAR: | | | |  | | | | |
| E-MAIL: |  | | | | | | | | | | |
| **DADOS BANCÁRIOS** | | | | | | | | | | | |
| AGÊNCIA: |  | | CONTA: | |  | | | | | | |
| BANCO: |  | |  | | | | | | | | |
| **FORMAÇÃO** | | | | | | | | | | | |
| DIPLOMADO EM MEDICINA PELA FACULDADE/UNIVERSIDADE: | | | |  | | | | | | | |
| NO ANO DE: |  | | | CRM: | | | |  | | UF: |  |
| RESIDÊNCIA (CET): |  | | | | | | | | | | |

Confirmo que os dados acima cadastrados são verídicos.

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

Assinatura do Cooperado

**Matrícula**

**Nº \_\_\_\_\_\_**

Nome do Cooperado (a):

CRM:

Profissão: Anestesiologista

TERMO DE ADESÃO

Médico(a) inscrito(a) no Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, requer sua inscrição como Cooperado(a) da COOPANEST-SC – Cooperativa dos Médicos Anestesiologistas de Santa Catarina, de acordo com as normas do Estatuto Social.

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

Assinatura do Cooperado

ADMISSÃO APROVADA PELO PRESIDENTE DA COOPANEST SC NO DIA: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_.

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

Assinatura do Presidente