|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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