

**COOPERATIVA DE TRABALHO
SAÚDE SANTISTA**

Ficha de cadastro do Cooperado

Dados Pessoais:

Nome do cooperado (a): _____ Telefone: () _____

RG: _____ Data de emissão: _____ Órgão emissor: _____ UF: _____

Nome da mãe: _____ Nome do pai: _____

Data de nascimento: _____ CPF: _____ NIT / PIS: _____

Título de eleitor: _____ Zona: _____ Seção: _____ ISS: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade / UF: _____ CEP: _____

E-mail: _____

Estado civil: () solteiro (a) () casado (a) () separado (a) () divorciado (a) () viúvo (a)

Filhos: () sim () não

No caso de dependentes, preencher os campos abaixo:

1. Nome: _____ Data de nascimento: _____ CPF: _____

2. Nome: _____ Data de nascimento: _____ CPF: _____

3. Nome: _____ Data de nascimento: _____ CPF: _____

Registro Profissional:

Escolaridade: () superior completo () ensino médio completo () ensino fundamental completo () curso técnico

Órgão de classe: _____ Registro / UF: _____ Data da emissão: _____

Especialidade: _____ Área de atuação: _____

Dados bancários:

Tipo de conta: () corrente () poupança

Banco: _____ Agência: _____ Número da conta: _____

(Qualquer alteração nos meios de pagamento deve ser comunicado formalmente através dos nossos canais: telefone ou e-mail)

Adesão ao Projeto:

() Projeto Médico () Projeto Fisioterapia () Projeto Enfermagem () Projeto Terapia Ocupacional

() Projeto Psicologia () Projeto Fonoaudiologia () Projeto Serviço Social () Projeto Nutrição () Projeto Odonto

Taxa de adesão: R\$ 100,00.

**Cooperado
(nome legível e assinatura)**

**Juliana Cubo
Presidente**



Documentação obrigatória

- RG;
- CPF;
- Título de eleitor;
- Carteira de registro no Conselho Profissional;
- Comprovante de inscrição no NIS (PIS / PASEP / NIT);
- Comprovante de endereço (atualizado, contendo o número do CEP);
- Certidão de casamento;
- 01 foto 3x4 (atual).

**Após o preenchimento completo, a ficha deverá ser encaminhada junto com os *documentos obrigatórios* em formato .pdf para o endereço de e-mail:
coopsaudesantista@gmail.com**

Requerimento de eliminação do Cooperado

Eu, _____, portador do CPF: _____, venho por meio deste solicitar minha eliminação do quadro de Cooperados conforme Artigo 10 do Estatuto.

Santos, _____ de _____ de _____

Cooperado
(nome legível e assinatura)

Juliana Cubo
Presidente

Após a entrega do requerimento, o cooperado deverá aguardar o prazo máximo de 30 dias para averbação.

**COOPERATIVA DE TRABALHO
SAÚDE SANTISTA**