

## 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**

Cooperativa de Trabalho Saúde Santista - CNPJ: 46.328.182/0001-25

Av. Senador Feijó, 686 - conj. 731



coopsaudesantista@gmail.com



13 99681-1089

## 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](mailto: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**

---

Cooperativa de Trabalho Saúde Santista - CNPJ: 46.328.182/0001-25

Av. Senador Feijó, 686 - conj. 731



[coopsaudesantista@gmail.com](mailto:coopsaudesantista@gmail.com)



13 99681-1089