



BHCOOP – COOPERATIVA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE
CNPJ: 71.213.300/0001-05
Rua Tupis 1.519 sala 03 Barro Preto BH/MG CEP 30190-062

Matrícula N°

FICHA DE MATRÍCULA DO COOPERADO

Data Admissão:

PREENCHIMENTO PELO COOPERADO

___/___/___

Nome:

Conselho: CRM/MG N° do Conselho: Data de Emissão: ___/___/___ N° do RQE

CPF: CI: Órgão Emissor: Data de Emissão: ___/___/___

N° do INSS: N° do ISS: N° do CNS:

Data de Nascimento: ___/___/___ Naturalidade: UF: Nacionalidade:

RNE (Registro Nacional de Estrangeiro): Órgão Emissor: Data de Emissão: ___/___/___

Data de chegada no Brasil: ___/___/___ Naturalização: SIM () NÃO () Casado c/Brasileiro SIM () NÃO () Filhos Brasileiros SIM () NÃO ()

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: <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Não informado	Grau de Instrução: <input type="checkbox"/> Educação Superior Completa <input type="checkbox"/> Pós graduação <input type="checkbox"/> Mestrado em Andamento <input type="checkbox"/> Mestrado Completo <input type="checkbox"/> Doutorado em Andamento <input type="checkbox"/> Doutorado Completo	Classificação da condição do trabalhador estrangeiro no Brasil: <input type="checkbox"/> 1 Visto permanente; <input type="checkbox"/> 2 Visto temporário; <input type="checkbox"/> 3 Asilado; <input type="checkbox"/> 4 Refugiado; <input type="checkbox"/> 5 Solicitante de Refúgio; <input type="checkbox"/> 6 Residente em país fronteiriço ao Brasil; <input type="checkbox"/> 7 Deficiente físico e com mais de 51 anos; <input type="checkbox"/> 8 Com residência provisória e anistiado, em situação irregular; <input type="checkbox"/> 9 Permanência no Brasil em razão de filhos ou cônjuge brasileiros; <input type="checkbox"/> 10 Beneficiado pelo acordo entre países do Mercosul; <input type="checkbox"/> 11 Dependente de agente diplomático e/ou consular de países que mantêm convênio de reciprocidade para o exercício de atividade remunerada no Brasil; <input type="checkbox"/> 12 Beneficiado pelo Tratado de Amizade, Cooperação e Consulta entre a República Federativa do Brasil e a República Portuguesa.	Deficiência: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Visual
--	--	--	--

Nome da Mãe:

Nome do Pai:

Dados Bancários na CREDICOM

Banco n°: _____ Agência: _____ Conta Corrente: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua:

Bairro:

Cidade: UF:

CEP:

Tel: Celular:

ENDEREÇO COMERCIAL

Rua:

Bairro: Cidade:

UF:

CEP: Telefone:

SEXO: ESTADO CIVIL: DESLIGAMENTO / DATA

Masculino		Solteiro		Desquitado/Divorciado	
Feminino		Casado		Separado	

INFORMAÇÕES PARA IMPOSTO DE RENDA

Quantidade de dependentes do IR:

Nome do Dependente: (escrever na linha abaixo) CPF: Grau de Parentesco: Data de Nascimento:

Já recebe benefício previdenciário da aposentadoria por tempo de contribuição ou idade? ___SIM ___Não

ESPECIALIDADE:

COOPERADO

DECLARO estar ciente de que este documento é um requerimento de ingresso, sujeito à verificação posterior dos requisitos estatutários para a minha admissão como cooperado(a), admissão esta que somente se efetivará, para todos os fins de direito, na data da assinatura do(a) Presidente da cooperativa, ou do seu substituto estatutário, quando este documento se tornará **FICHA DE MATRÍCULA. DECLARO**, ainda, que me foi dado pleno conhecimento do Estatuto desta Cooperativa, o qual me obriga a cumprir. Neste ato, declaro ter conhecimento do modelo cooperativista e do Estatuto Social da BHCOOP disponibilizado em seu site e, tendo total ciência da autonomia da prestação de serviços via cooperativa, manifesto minha livre adesão ao seu quadro social.

Data: ____/____/____ **ASSINATURA DO COOPERADO:** _____

CAPITAL SOCIAL – Conforme Estatuto valor do capital corresponde a R\$ 150,00

Data do depósito: ____/____/20____

LOCAIS ONDE PRESTARÁ ATENDIMENTO

ASSINATURAS

Diretor Presidente

Cooperado Proponente

Assinaturas: _____

Data: ____/____/____