

FICHA CADASTRAL SASC

DADOS PESSOA FÍSICA

COOPERATIVA BASE

COOPANEST MG

PREENCHIMENTO PELO COOPERADO

Nome:	CPF:	
CRM:	Órgão Emissor:	Data de Emissão: / /
RG:	Órgão Emissor:	Data de Emissão: / /
Data de Nascimento: / /	Naturalidade:	Nacionalidade:
RNE(Registro Nacional de Estrangeiro):	Órgão Emissor:	Data de Emissão: / /
Naturalização : () Casado com Brasileiro () Filhos Brasileiros	Data de chegada no Brasil: / /	
Nº do INSS:	Nº do ISS:	CNS:
Nome da Mãe:		
Nome do Pai:		
E-mail:		

Classificação da condição do trabalhador estrangeiro no Brasil:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Visto permanente | <input type="checkbox"/> Permanência no Brasil em razão de filhos ou conjuge brasileiros |
| <input type="checkbox"/> Visto temporário | <input type="checkbox"/> Residente em país fronteiro ao Brasil |
| <input type="checkbox"/> Asilado | <input type="checkbox"/> Deficiente físico e com mais de 51 anos |
| <input type="checkbox"/> Refugiado | <input type="checkbox"/> Com residência provisória e anistiado, em situação irregular |
| <input type="checkbox"/> Solicitante de Refúgio | <input type="checkbox"/> Beneficiado pelo acordo entre países Mercosul |
| <input type="checkbox"/> Beneficiado pelo tratado de Amizade, Cooperação e Consulta entre a República Federal do Brasil e República Portuguesa | |

Raça / Cor:	Grau de Instrução:	Deficiência:	Sexo:	Estado Civil
<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Educação Superior	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Solteiro
<input type="checkbox"/> Pardo	<input type="checkbox"/> Pós Graduação	<input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Casado
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Mestrado em Andamento	<input type="checkbox"/> Visual		<input type="checkbox"/> Desquitado/Divorciado
<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Mestrado Completo			<input type="checkbox"/> Viúvo
<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Doutorado em andamento			<input type="checkbox"/> Separado
<input type="checkbox"/> Não informado	<input type="checkbox"/> Doutorado Completo			

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua:		
Bairro:		
Cidade:	CEP:	UF:
Telefone Fixo:	Celular:	

ENDEREÇO COMERCIAL (SOMENTE CONSULTÓRIO)

Rua:		
Bairro:		
Cidade:	CEP:	UF:
Telefone Fixo:	Celular:	

Já recebe benefício previdenciário da aposentadoria por tempo de contribuição ou idade? () SIM () NÃO

ESPECIALIDADE

(A UNIMED BH SÓ ACEITA UMA ESPECIALIDADE CADASTRADA POR COOPERADO)

Data: / / Assinatura cooperativa

PROPOSTA DE ADMISSÃO

Dr. _____, inscrito no Conselho Regional de Minas Gerais sob o número _____ residente no Estado de Minas Gerais, a Rua _____ Número _____ Apto _____ Bairro _____ CEP: _____ Cidade _____. Propõe sua inscrição como Sócio Cooperado da Cooperativa dos Anestesiologistas de Minas Gerais, comprometendo-se a fiel obediência do seu Estatuto Social.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2018.

Ass: _____

Proponentes:

Aprovado na Reunião da Diretoria em ____ / ____ / ____

DIRETOR PRESIDENTE

DIRETOR ADMINISTRATIVO

RECIBO

Recebemos de Dr(a), à importância de R\$ 30,00 (TRINTA REAIS), referente ao pagamento da inscrição, como cooperado junto a Coopanest-MG (Cooperativa dos Anestesiologistas de Minas Gerais).

Por ser verdade e para seu documento firmamos o presente.

Cheque –

Banco -

Agência-

Belo Horizonte, . de de 2018.