|  |  |
| --- | --- |
| marca | **COOPERATIVA DOS ANESTESIOLOGISTAS DE MINAS GERAIS** |
| **CNPJ:** | **23.908.064/0001-90** |
| **RUA EDUARDO PORTO, 575 - CIDADE JARDIM - BELO HORIZONT/MG CEP:30.380-60** |
| **FICHA DE MATRÍCULA DO COOPERADO (PESSOA FÍSICA)** | **Matrícula:** |

|  |
| --- |
|  |

 |
|  **PREENCHIMENDO PELO COOPERADO** | **Data Admissão:** |

|  |
| --- |
|  |

 |
| **Nome:** | **CPF:** | **Data de Nasc.:** |
| **Nome da Mãe:** | **Nome do Pai:** |
| **Raça/Cor:** | **Estado Civil:** | **Sexo:** | **Nacionalidade:** |
| **País de Nascimento:** | **Estado Nasc.:** | **Município Nasc.:** |
| **RG:** | **Órgão Emissor RG:** | **Data de Emissão RG:** |
| **Nº INSS:** | **PIS:** | **Nº do ISS:** | **CNS:** |
| **Conselho:** | **Nº Conselho:** | **Data de Emissão:** | **Grau de Instrução:** |
| **Já recebe benefício previdenciário da aposentadoria por tempo de contribuição ou idade?:** |
| **Deficiência:** |

|  |
| --- |
|  |

 | Física |

|  |
| --- |
|  |

 | Visual |

|  |
| --- |
|  |

 | Auditiva |

|  |
| --- |
|  |

 | Mental |

|  |
| --- |
|  |

 | Intelectual |  |
| **CLASSIFICAÇÃO DE CONDIÇÃO DE TRABALHO ESTRANGEIRO NO BRASIL** |
|

|  |
| --- |
|  |

 | 1.Visto Permanente |

|  |
| --- |
|  |

 | 7.Com residência provisória e anistiado em situação irregular |
|

|  |
| --- |
|  |

 | 2.Visto Temporário |

|  |
| --- |
|  |

 | 8.Permanecia no Brasil em razão de filhos ou cônjuge brasileiros |
|

|  |
| --- |
|  |

 | 3.Asilado |

|  |
| --- |
|  |

 | 9.Deficiente físico com mais de 51 anos |
|

|  |
| --- |
|  |

 | 4.Refugiado |

|  |
| --- |
|  |

 | 10.Residente em País Fronteiriço ao Brasil |
|

|  |
| --- |
|  |

 | 5.Solicitante de Refúgio |

|  |
| --- |
|  |

 | 11.Beneficiado pelo acordo entre países do Mercosul |
|

|  |
| --- |
|  |

 | 6.Dependente de agente diplomático e/ou consultar países que mantém convênio de reciprocidade para o exercício de atividade remunerada no Brasil |

|  |
| --- |
|  |

 | 12.Beneficiado pelo Tratado de Amizade, Cooperação e Consulta entre a República Federal do Brasil e República Portuguesa  |
| **Nº RNE:** | **Órgão Emissor:** | **Data de Emissão RNE:** |
| **Data Naturalização:** | **Casado com Brasileiro:** | **Filho Brasileiro:** | **Data Chegada Brasil:** |
| **DADOS BANCÁRIOS** |
| **Nº Banco:** | **Banco:** | **Agência:** | **Conta Corrente:** |
|

|  |
| --- |
|  |

 | **Não tenho conta na cooperativa de crédito acima. Receberei meus honorários em qualquer PA do SicoobCredicom, por meio de saques avulsos.** |
|

|  |
| --- |
|  |

 | DECLARAÇÃO: O(a) cooperado(a) se declara CIENTE e DE ACORDO que deverá consultar os seus demonstrativos de repasses de honorários no site da Fencom (www.fencom.coop.br).AUTORIZAÇÃO: O(a) cooperado(a) autoriza a cooperativa a descontar nos repasses de honorários médicos, além das taxas e demais encargos previstos no estatuto e/ou em normativos internos, eventuais saldos devedores, de qualquer natureza e origem, estes até o limite de 30% (trinta por cento) do valor líquido de cada repasse. |
| **ENDEREÇO 01** |
| **Tipo de Endereço:** | **Tipo de Logradouro:** |
| **Logradouro:** | **Nº:** | **Complemento:** |
| **Bairro:** | **Cidade:** |
| **Telefone:** | **Celular:** | **CEP:** | **UF:**  |
| **E-mail:** |  |
| **ENDEREÇO 02** |
| **Tipo de Endereço:** | **Tipo de Logradouro:** |
| **Logradouro:** | **Nº:** | **Complemento:** |
| **Bairro:** | **Cidade:** |
| **Telefone:** | **Celular:** | **CEP:** | **UF:**  |
| **E-mail:** |  |
| **ENDEREÇO 03** |
| **Tipo de Endereço:** | **Tipo de Logradouro:** |
| **Logradouro:** | **Nº:** | **Complemento:** |
| **Bairro:** | **Cidade:** |
| **Telefone:** | **Celular:** | **CEP:** | **UF:** |
| **E-mail:** |  |
|

|  |
| --- |
|  |

 | DECLARAÇÃO: Estou CIENTE e DE ACORDO que os endereços de e-mails acima indicados serão utilizados 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. |
| **CORRESPONDÊNCIA NO TIPO DE ENDEREÇO:** |
| **Especialidade Principal:** | **RQE Principal:** |
| Especialidade 01: | RQE 01: | Especialidade 02: | RQE 02: |
| Especialidade 03: | RQE 03: | Especialidade 04: | RQE 04: |
| Outras Especialidades/RQE: |
| **Atendimento:** |

|  |
| --- |
|  |

 | Convênios |

|  |
| --- |
|  |

 | IPSM |

|  |
| --- |
|  |

 | SUS |

|  |
| --- |
|  |

 | UnimedBHNaoCooperado |
| **Local de Atendimento Principal:** |
| Local de Atendimento 01: | Local de Atendimento 02: |
| Local de Atendimento 03: | Local de Atendimento 04: |
| Outros Locais de Atendimento: |
| **CAPITAL SOCIAL –** Valor integralizado conforme Estatuto Social. |
|

|  |
| --- |
|  |

 | 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 Social, disponibilizado por meio da Notificação de Início de Atividade, tarefa 1, Cadastro Novo, o qual me obrigo a cumprir, concordando expressa e integralmente, com todos os termos nele constantes. Reconheço a plena validade deste e de quaisquer outros documentos da Cooperativa em forma eletrônica, inclusive assinaturas, com ou sem certificado ICP-Brasil, conforme art. 10, § 2º, da MP 2.200-2/2001. |
| **AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS** |
|

|  |
| --- |
|  |

 | Na condição de TITULAR DOS DADOS PESSOAIS E PESSOAIS SENSÍVEIS, e assim doravante designado no presente termo, DECLARO minha concordância com o tratamento dos dados pessoais e pessoais sensíveis de minha titularidade abaixo listados, especificamente para as finalidades também abaixo listadas, autorizando sua realização em consonância com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).Autorizo expressamente que o tratamento dos dados em questão seja realizado pela Cooperativa acima qualificada, na condição de CONTROLADORA, a qual poderá executar todas as operações atinentes ao referido tratamento, previstas no inciso X, do artigo 5º, da Lei 13.709/2018, tais como a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.A presente autorização para que a CONTROLADORA promova o tratamento de meus dados pessoais e pessoais sensíveis, bem como dos de meus dependentes, refere-se especificamente aos seguintes dados: nome completo; profissão; data de nascimento; naturalidade; nacionalidade; estado civil; sexo; número de inscrição no conselho profissional; data de inscrição; especialidade; CPF, RG, RNE, INSS; ISS; CNS (incluindo para todos os documentos tipo do documento, número, data de expedição, validade, órgão expedidor); nomes dos pais e dos filhos; nacionalidade do cônjuge no caso de cooperado estrangeiro; e-mail; endereços residencial e comercial; telefones residencial, comercial e celular; histórico profissional; condição de pensionista; raça; cor; grau de instrução; deficiência; Classificação da condição do trabalho estrangeiro no Brasil, dados referentes a atendimentos realizados e dados bancários.O tratamento dos dados pessoais autorizado no presente termo será promovido com as seguintes finalidades: admissão como cooperado(a) na forma da lei 5.764/71; credenciamento nas seguradoras e operadoras de planos de saúde, demais tomadores de serviços e/ou junto ao SUS, quando for o caso; faturamento, cobrança e repasse dos meus honorários; cobrança extrajudicial e judicial dos honorários devidos aos cooperados em razão da prestação de serviços; defesa dos interesses dos cooperados em processos judiciais e extrajudiciais; prestação de informações ao E-Social, ao Conselho de Classe e/ou a qualquer órgão público, na forma da lei; envio de informações, convocações e notificações pela cooperativa; identificação em atas, regimentos e estatuto da cooperativa; identificação em contratos e outros documentos, quando no exercício de cargo de administração ou fiscalização na cooperativa.Como TITULAR DOS DADOS PESSOAIS autorizo também a CONTROLADORA a promover o compartilhamento dos dados pessoais listados acima com outros agentes de tratamento de dados, caso exista tal necessidade, para o cumprimento das finalidades previstas no presente termo, mediante estrita observância aos princípios e aos direitos conferidos aos titulares de dados pessoais pela Lei nº 13.709/2018. Tal autorização aplica-se inclusive às informações relativas a atendimentos realizados a pacientes, que poderão ser compartilhadas entre todos os atores envolvidos no processo de faturamento tais como, cooperativas, convênios, clínicas, hospitais, SUS, CRM, Associações Médicas, E-Social, Receita Federal, Previdência Social, empresas de arquivo de documentos e mensagens, Fencom, Ministério Público, Ministério do Trabalho, Contadores, Advogados, OCEMG, JUCEMG, Instituições Financeiras, entre outros necessários.Autorizo ainda à CONTRALADORA o tratamento e a manutenção dos meus dados pessoais pelo tempo necessário para o cumprimento das finalidades elencadas no presente termo, reservando-se o direito de manter o tratamento relativo aos dados por tempo indeterminado, caso sejam anonimizados, mesmo na hipótese de revogação do consentimento, consoante o disposto no artigo 12 da Lei nº 13.709/2018.A PRESENTE AUTORIZAÇÃO PARA O TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS PODERÁ SER REVOGADA A QUALQUER TEMPO PELO TITULAR, MEDIANTE O ENVIO AO CONTROLADOR DE REQUERIMENTO FORMALIZANDO A REVOGAÇÃO, POR CORRESPONDÊNCIA ELETRÔNICA OU FÍSICA. A FORMALIZAÇÃO POR CORRESPONDÊNCIA ELETRÔNICA DEVERÁ SER ENVIADA PELO E-MAIL, E NO CASO DE CORRESPONDÊNCIA FÍSICA DEVERÁ SER REMETIDA AO SEGUINTE ENDEREÇO:.A CONTROLADORA ESCLARECE QUE MESMO DIANTE DA EVENTUAL REVOGAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE DADOS POR PARTE DE SEUS TITULARES, RESERVA-SE O DIREITO DE MANTER O TRATAMENTO PARA O CUMPRIMENTO DE OBRIGAÇÕES LEGAIS E/OU REGULATÓRIAS CONFORME AUTORIZADO PELA LEI 13.709/2018. |
| **Ciente:** |  |  | **Data:** |

**Ver.01**