

COOPMED-RS – COOPERATIVA DE TRABALHO DOS MÉDICOS DO RS
CNPJ: 15409585/0001-75
Rua Antenor Lemos, 57 salas 306,409 e 411

FICHA DE MATRÍCULA DO COOPERADO

Matrícula N°

PREENCHIMENTO PELO COOPERADO

Nome: _____

Conselho: **CRM-RS** N° do Conselho: _____ Data de Emissão: / /

CPF: _____ RG: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: / /

N° do INSS: _____ N° do ISSQN: _____ N° do CNS: _____

Data de Nasc.: _____ Município de Nasc.: _____ UF: _____ Nacionalidade: _____

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

Data de Chegada no Brasil: / / Naturalização: Casado com Brasileiro () - Filhos Brasileiros ()

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.

O cooperado declara, igualmente, ter recebido cópia do Estatuto Social e do Manual do Cooperado, ambos igualmente disponíveis no site www.coopmedrs.com.br, concordando expressa e integralmente, com todos os termos neles constantes.

<p>Raça/Cor:</p> <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Não informado	<p>Grau de Instrução:</p> <input type="checkbox"/> Educação Superior em Andamento <input type="checkbox"/> Pós Graduação <input type="checkbox"/> Educação Superior Completa <input type="checkbox"/> Mestrado em Andamento <input type="checkbox"/> Mestrado Completo <input type="checkbox"/> Doutorado em Andamento <input type="checkbox"/> Doutorado Completo	<p>Classificação da condição do trabalhador estrangeiro no Brasil:</p> <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.	<p>Deficiência:</p> <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Visual
		<p>Nome da Mãe: _____</p> <p>Nome do Pai: _____</p>	

Dados Bancários:

Banco n°:		Agência:		Conta Corrente:	
-----------	--	----------	--	-----------------	--

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua: _____

Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____ UF: _____

Tel: _____ Celular: _____

ENDEREÇO COMERCIAL

Rua: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ UF: _____ Tel: _____

SEXO:	ESTADO CIVIL:	DESLIGAMENTO / DATA
Masculino	Solteiro	Desquitado/Divorciado
	Casado	
Feminino		Viúvo
		Separado

Já recebe benefício previdenciário da aposentadoria por tempo de contribuição ou idade? ___ Sim ___ Não

ESPECIALIDADE: _____

