



COOPANEST RIO

COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DO RIO DE JANEIRO LTDA.

Ficha Cadastral

NOME: _____

PROFISSÃO: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

SEXO: _____

ESTADO CIVIL: _____

NACIONALIDADE: _____

NATURALIDADE: _____

PAI: _____

MÃE: _____

Nº DE DEPENDENTES: _____

CONS. REG.: _____ DATA DE EMISSÃO: _____

IDENTIDADE Nº: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____ DATA DE EMISSÃO: _____

TÍT.DE ELEITOR Nº: _____ ZONA: _____

CPF: _____

Nº PIS / PASEP: _____

INSS: _____

ENDEREÇO COMPLETO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

CEP: _____

TELEFONE RES.: _____ CELULAR: _____

BANCO Nº: _____ AGÊNCIA Nº: _____ C/C Nº: _____

E-MAIL: _____

Declaro, para os devidos fins, que estou regularmente inscrito na SAERJ e na SBA.

Assinatura do ProponenteAnexar:
Xerox: CRM, CPF, carteira de identidade, título de
eleitor e uma foto 3x4.Depósito à CoopAnest Rio no valor de R\$ 3.500,00 ou
de R\$ 350,00 e o restante será descontado da
produção em 9 cotas.



COOPANEST RIO

COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DO RIO DE JANEIRO LTDA.

- Ser membro ativo ou adjunto da SBA e SAERJ
- Estar devidamente regularizado na SBA e SAERJ - Declaração
- Estar devidamente inscrito, quite e com os registros regulares no CRM - Certidão CREMERJ
- 01 foto 3x4
- Cópias dos documentos:
 - CRM
 - CPF
 - RG
 - Título de Eleitor
 - Comprovante de Endereço de Residência
 - Diploma de Graduação
 - Diploma de Especialização (Anestesiologia)
 - INSS/NIT/PIS ou PASEP
- Imprimir e preencher a Ficha Cadastral (site)
- Imprimir e preencher a Declaração de Contribuição Individual do INSS (site)
- Pagar a cota parte no ato da inscrição

OBS.: A cota parte poderá ser paga no valor total de R\$ 3.500,00 ou R\$ 350,00 e o restante será descontado da produção em 9 cotas.

Dados bancários para pagamento:

Banco Itaú

AG: 0389

C/C: 22886-7

CNPJ: 31.969.645/0001-60

COOPANEST RIO

Atenção: A adesão será efetivada somente após análise da diretoria.

Enviar para o e-mail: anacarolina@coopanestrio.org.br