



FICHA DE FILIAÇÃO E MATRÍCULA - PESSOA FÍSICA
Mais Vida - Cooperativa de trabalho dos profissionais em saúde e equivalentes

NOME:

PAI:

MÃE:

FOTO 3x4

DATA NASC.	NACIONALIDADE	NATURALIDADE	ESTADO	ESTADO CIVIL	NOME DO CÔNJUGE
------------	---------------	--------------	--------	--------------	-----------------

PROFISSÃO	CPF	RG	ORG. EXP.	EMISSÃO	REGISTRO PROFISSIONAL	VALID. DO REGISTRO
-----------	-----	----	-----------	---------	-----------------------	--------------------

CART. RESERVISTA	CATEG.	TÍTULO DE ELEITOR	ZONA	SEÇÃO	EMISSÃO	EMAIL
------------------	--------	-------------------	------	-------	---------	-------

PIS	DATA CADASTRO	BANCO DEPÓSITO	AGÊNCIA	CONTA CORRENTE	CONTA POUPANÇA
-----	---------------	----------------	---------	----------------	----------------

ENDEREÇO	TEL.:
----------	-------

CEL.:

BAIRRO	CIDADE	ESTADO	CEP
--------	--------	--------	-----

DECLARO: requerer por livre e espontânea vontade, sem interferência ou indução qualquer, para os devidos fins, que optei livremente para associar-me à MAIS VIDA - Cooperativa de Trabalho dos Profissionais em Saúde e Equivalentes, como sócio cooperado, em conformidade com o Regimento Interno. Tendo plena ciência dos meus deveres e direitos como membro desta Cooperativa, declaro que minha profissão está de acordo com as possibilidades técnicas de prestação de serviço e que estou inteiramente de acordo com as disposições estatutárias dessa sociedade. Declaro também que, como Trabalhador Autônomo, exercerei minhas atividades sem vínculo empregatício, de acordo com a Lei 5.764 de 16 de dezembro de 1971.

MATRÍCULA/UNIDADE	DATA E ASSINATURA COOPERADO	DATA E ASSINATURA TESTEMUNHA	DATA E ASS. PRESIDENTE/SECRETÁRIO
-------------------	-----------------------------	------------------------------	-----------------------------------



FICHA DE FILIAÇÃO E MATRÍCULA - PESSOA JURÍDICA
Mais Vida - Cooperativa de Trabalho dos Profissionais em Saúde e Equivalentes

RAZÃO SOCIAL:

NOME FANTASIA:

CNPJ:

INSCRIÇÃO MUNICIPAL:

RESPONSÁVEL LEGAL

CPF

NÚMERO DA IDENTIDADE

DATA DE NASCIMENTO

BANCO

AGÊNCIA

CONTA CORRENTE

CONTA POUPANÇA

ENDEREÇO

TEL.:

CEL.:

BAIRRO

CIDADE

ESTADO

CEP

DECLARO: Que diante do Art. 6º Inciso I da Lei Federal de nº 5.764 de 16 de Dezembro de 1971, que define a Política Nacional de Cooperativismo e institui o regime jurídico de sociedades cooperativas e dá outras providências, a empresa acima qualificada, através do seu representante legal, vem requerer a sua filiação, para a cooperação junto a esta Cooperativa. Em tempo, informamos que o objeto social desta empresa, está de acordo com o mesmo objeto da Mais Vida – Cooperativa de Trabalho Dos Profissionais em Saúde e Equivalentes, o qual encontra-se previsto no seu Estatuto Social, inclusive, neste momento, declara, está de acordo com as regras previstas no Estatuto Social e Regimento Interno da Sociedade Cooperativa.

MATRÍCULA/UNID.

DATA E ASS. RESPONSÁVEL LEGAL

ASS. TESTEMUNHA

ASS. TESTEMUNHA

ASS. PRESID./VICE PRESID.