



COOSAÚDE

Cooperativa dos Trabalhadores e Profissionais de Saúde do Estado do Ceará

CNPJ: 04.494.283/0001-26

Email: coosaude@bol.com.br / Site: www.coosaude.com

PROPOSTA DE ADMISSÃO			
Nome:			
CPF:	RG:	Data Exped: ___ / ___ / ____	
Endereço:			
Nº:	Bairro:	Cidade:	UF:
Cep:		PIS (INSS):	
Telefone Residencial:		Telefone Celular:	
Nacionalidade:		Cargo:	
Data de Nascimento: ___ / ___ / ____		Estado Civil:	
E_mail:			

Eu, abaixo assinado sirvo-me da presente para requerer, por livre e espontânea vontade, sem a interferência ou indução de qualquer pessoa, o meu ingresso na **COOSAÚDE**, na qualidade de sócio cooperado, assumindo os deveres e obrigações previstas no **Estatuto Social**.

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.

Fortaleza, ___ de _____ de 20__

Assinatura do Candidato (a)