

**SANTACOOB BH COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO****CNPJ: 712919260001-21**ENDEREÇO: RUA DOS OTONI, 712, CONJ. 204, B. SANTA EFIGÊNIA - BELO HORIZONTE/MG | CEP:30150-274  
santacoop@santacoop.com.br - Tel. (31) 3245-4701 | 98222-7625**PROPOSTA DE ADMISSÃO (PESSOA FÍSICA)****Matrícula N°****PREENCHIMENTO PELO COOPERADO****Nome completo:****N° do CRM-MG:****Data de Inscrição:** / /**CPF:****RG:****Órgão Emissor:****Data de Expedição:** / /**N° do INSS:****N° do ISS:****CNS:****Data de Nasc:** / /**Município de Nasc:****UF:****Nacionalidade:****RNE (Registro Nacional de Estrangeiro):****Órgão Emissor:****Data de Emissão:** / /**Data de chegada ao Brasil:** / /**Naturalização:** Casado com Brasileiro ( ) - Filhos Brasileiros ( )**E-mail:** \_\_\_\_\_

Mantenha o seu endereço de e-mail sempre atualizado

DECLARAÇÃO: O cooperado se declara CIENTE e DE ACORDO que o endereço de e-mail acima indicado será utilizado para a remessa do Demonstrativo de Pagamento e para 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.

Raça/Cor:	Grau de Instrução:	Deficiência:	Classificação da condição do trabalho estrangeiro no Brasil	
( ) Branco ( ) Pardo ( ) Negro ( ) Amarelo ( ) Indígena ( ) Não informado	( ) Educação Superior Completa ( ) Pós Graduação ( ) Mestrado em Andamento ( ) Mestrado Completo ( ) Doutorado em Andamento ( ) Doutorado Completo	( ) Física ( ) Auditiva ( ) Visual	( ) Visto permanente ( ) Visto temporário ( ) Asilado ( ) Refugiado ( ) Solicitante de Refúgio ( ) Residente em país fronteiriço ao Brasil ( ) Deficiente físico com mais de 51 anos ( ) Com residência provisória e anistiado em situação irregular	( ) Permanencia no Brasil em razão de filhos ou conjuge brasileiros ( ) Beneficiado pelo acordo entre países do Mercosul ( ) Dependente de agente diplomático e/ou consultar países que mantém convênio de reciprocidade para o exercício de atividade remunerada no Brasil ( ) Beneficiado pelo Tratado de Amizade, Cooperação e Consulta entre a República Federal do Brasil e República Portuguesa

**Nome da Mãe:****Nome do Pai:****Dados Bancários:**

( ) Sicoob Credicom ( ) Itaú ( ) Bradesco ( ) Banco do Brasil ( ) Caixa Econômica Federal ( ) Banco Virtual: \_\_\_\_\_

Banco n°: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

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](http://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 RESIDENCIAL****Rua:** \_\_\_\_\_ **Complemento:** \_\_\_\_\_**Bairro:** \_\_\_\_\_**Cidade:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_**Telefone:** ( ) \_\_\_\_\_ **Celular/WhatsApp:** ( ) \_\_\_\_\_**ENDEREÇO COMERCIAL****Rua:** \_\_\_\_\_ **Complemento:** \_\_\_\_\_**Bairro:** \_\_\_\_\_ **Cidade:** \_\_\_\_\_**UF:** \_\_\_\_\_ **MG** **CEP:** \_\_\_\_\_ **Tel:** \_\_\_\_\_

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

Já recebe benefício previdenciário da aposentadoria por tempo de contribuição ou idade? ( ) sim ( ) não

**ATENDIMENTO:** ( ) Unimed-BH Não Cooperado

( ) ESPECIALISTA: \_\_\_\_\_ ( ) RESIDENTE: \_\_\_\_\_ ( ) ESPECIALIZANDO: \_\_\_\_\_

**DESEJA ATENDER A TODOS OS CONVÊNIOS DA SANTACOOB BH EM SEU CONSULTÓRIO?** \_\_\_ Sim \_\_\_ Não**REALIZA ATENDIMENTOS PELO SUS?** \_\_\_ Sim \_\_\_ Não | ( ) CEM ( ) Santa Casa BH ( ) Hospital da Baleia**REALIZA ATENDIMENTOS NO:** ( ) HOSPITAL SÃO LUCAS ( ) PA HOSPITAL SÃO LUCAS ( ) AMBULATÓRIO HOSPITAL DA BALEIA ( ) HMDCC**COOPERADO**

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 (A) DA COOPERATIVA E DO DIRETOR SECRETÁRIO OU DOS SEUS SUBSTITUTOS ESTATUTÁRIO, QUANDO ESTE DOCUMENTO SE TORNARÁ FICHA DE MATRÍCULA.** 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. DECLARO, ainda, que me foi dado pleno conhecimento do Estatuto desta Cooperativa, o qual me obrigo a cumprir.

Apresento os originais e entrego cópias do: **diploma, certificado de especialidade registrado no Conselho Regional de Medicina, cédula de identidade profissional, INSS (comprovante que contenha o nº), ISSQN (necessário apresentar se o médico prestar atendimentos em consultório particular), comprovante de endereço e comprovante de conta corrente. Comprometo a manter atualizados os meus dados cadastrais na Cooperativa.**

#### 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 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 CONTROLADORA 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 [santacoop@santacoop.com.br](mailto:santacoop@santacoop.com.br), E NO CASO DE CORRESPONDÊNCIA FÍSICA DEVERÁ SER REMETIDA AO SEGUINTE ENDEREÇO: rua dos Otoni, 712, 2º andar, sala 204, Santa Efigênia - BH/MG CEP: 30.150-274.**

**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.**

#### TERMO DE COMPROMISSO - PPP PERFIL PROFISSIONGRÁFICO PREVIDENCIÁRIO

A quarta fase de implantação do eSocial (<https://www.gov.br/esocial/pt-br>) estabeleceu o envio dos eventos S-2210, S-2220 e S-2240, relativos à Saúde e Segurança do Trabalhador (SST). Os médicos filiados às cooperativas de trabalho estão inseridos na categoria 731 (contribuintes individuais – prestação de serviços por intermédio de cooperativa de trabalho) e têm como evento obrigatório o S-2240 (Condições Ambientais do Trabalho - Agentes Nocivos). A cooperativa é obrigada a enviar informações sobre o ambiente de trabalho ao eSocial e a elaborar o PPP - Perfil Profissiográfico Previdenciário de todos os seus cooperados, sob pena de arcar com multas pesadas. Esse

documento é imprescindível para que você, médico(a), possa futuramente requerer aposentadoria especial, caso preencha os requisitos (<https://www.gov.br/inss/pt-br/direitos-e-deveres/aposentadoria/aposentadoria-especial>). Sendo assim, faz-se necessário que você preencha e envie à SantaCoopBH as informações abaixo, lembrando que elas devem ser completas e corretas para não prejudicar eventuais direitos seus junto à Previdência Social.

Data: / / 20\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do Cooperado(a):

**CAPITAL SOCIAL** - Valor integralizado corresponde à R\$ 500,00 (quinhentos reais) conforme Estatuto Social

x

x

Assinatura e Carimbo do Proponente

Assinatura e Carimbo do Proponente

x

x

Data: / / 20\_\_\_\_\_

Assinatura do Presidente

Assinatura do Diretor Secretário