

**SANTACOOB BH - COOPERATIVA DE TRABALHO  
MÉDICO**

CNPJ: 71.291.926/0001-21

**1- DADOS CADASTRAIS DA EMPRESA**

Razão Social: \_\_\_\_\_

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_

Registro no CRM-MG: \_\_\_\_\_ Sob o número: \_\_\_\_\_

CNPJ \_\_\_\_\_

Inscrição Estadual: \_\_\_\_\_ Inscrição Municipal: \_\_\_\_\_

CNAE Principal: \_\_\_\_\_ Natureza Jurídica: \_\_\_\_\_ Tipo de Entidade: \_\_\_\_\_

**2- ENDEREÇO**

Logradouro: \_\_\_\_\_ Nº.: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

UF.: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

**DESEJA ATENDER A TODOS OS CONVÊNIOS DA SANTACOOB BH EM SEU CONSULTÓRIO?**

- Sim, tenho interesse e estou ciente de que devo atender a todos os convênios vinculados à cooperativa, sem exceção.  
 Não, atendo convênios, mas não desejo que meu nome seja incluído no catálogo online, pois não atendo a todos.  
 Não me enquadro (não realizo atendimentos em consultório particular).

**3- CONTATO****Comercial/Administrativo:**

E-mail \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**Contabilidade:**

E-mail \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**Financeiro:**

E-mail \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**Fiscal/Tributário:**

E-mail \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**4- RESPONSÁVEIS LEGAIS**

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**5- DADOS BANCÁRIOS:**

( ) SICOOB CREDICOM ( ) ITAÚ ( ) B.BRASIL ( ) BRADESCO ( ) CAIXA ECONÔMICA ( ) OUTROS BANCOS

Banco \_\_\_\_\_ Agência \_\_\_\_\_ Conta Corrente \_\_\_\_\_

**6- TRIBUTAÇÃO DA EMPRESA**

Regime Tributação: ( ) Simples Nacional ( ) Lucro Presumido ( ) Lucro Real

Retenções Federais: ( ) Sim ( ) Presumido Alíquotas: IRRF\_\_\_\_ PIS\_\_\_\_ COFINS\_\_\_\_ CSLL\_\_\_\_ IBS\_\_\_\_ CBS\_\_\_\_

Suspensão? ( ) Não ( ) Sim Justificar: \_\_\_\_\_

Retenção ISS: ( ) Não ( ) Sim Responsável: \_\_\_\_\_ Alíquota: \_\_\_\_\_

Código da Natureza REINF: \_\_\_\_\_ Descrição do Serviço /Natureza: \_\_\_\_\_

Observações \_\_\_\_\_

Tenho pleno conhecimento do Estatuto Social da **SANTACOOBPH**, e solicito minha admissão no quadro social dessa cooperativa e neste ato, subscrevo 500 quotas partes do capital social, no valor de R\$ 1,00 cada uma.

Comprometo-me a cumprir e respeitar fielmente as disposições legais, estatutárias e as deliberações aprovadas pelas assembléias gerais e demais órgãos de administração da SantaCoopBH. Comprometo-me, ainda, a comunicar imediatamente todas as alterações contratuais realizadas, com a entrega das respectivas cópias.

Entrego para análise e conhecimento de V.S.as **cópia do contrato social, CNPJ, inscrição municipal, inscrição estadual, alvará, inscrição do CRM e certidão negativa junto ao INSS/Receita Federal, FGTS, Prefeitura Municipal, Receita Estadual e comprovante de conta corrente** .

Observações \_\_\_\_\_

**PARA ATUALIZAÇÃO CADASTRAL**

Solicitamos a gentileza de encaminhar, juntamente com este formulário, a cópia da **última atualização contratual vigente**, a fim de mantermos nossos registros alinhados às normas internas de conformidade.

**7- DECLARAÇÃO**

Declaro que todas as informações prestadas são verdadeiras.

Belo Horizonte \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO REQUERENTE\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PRESIDENTE\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DIRETOR SECRETÁRIO