PROPOSTA DE ADESÃO

Nome:			
Data de Nascimento: / /	**Estado Civil:**		
Nacionalidade:	**Naturalidade:**	**UF:**	
Filiação: /			
Nº RG:	**Emissor:**	**Data:** / /	**CPF:**
Profissão:	**Conselho:**	**Nº:**	
Nº do PIS/PASEP/NIT:	**CNH:**		
Endereço:	**N°**	**CEP:** -	
Bairro:	**Município:**	**Estado:**	
Telefones: ( ) - ( ) -	**e-mail:**		
Nome do Cônjuge:			

Quadro de dependentes		
Nome:	**Data Nasc.**	/ /
Nome:	**Data Nasc.**	/ /
Nome:	**Data Nasc.**	/ /

Banco:	**AG:**	**Conta:**	**Tipo: CC** ☐ **CP** ☐

Solicito meu ingresso no quadro de associados da UNIBRASIL SAÚDE COOPERATIVA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, declarando sob as penas da lei, que: Detenho possibilidade técnica de prestação de serviços, na área de saúde. Dirigi-me de livre e espontânea vontade à Cooperativa, para propor meu ingresso em seu quadro social como sócio cooperado.

a) Tomei conhecimento e concordo com todas as normas legais e disposições estatutárias/regimentais vigentes, e sinto-me apto a ingressar no quadro social desta Cooperativa, tendo recebido, neste ato, 01 (UMA) CÓPIA DO ESTATUTO E 01 (UM) MANUAL DO COOPERADO;

b) Estou ciente de que minha aceitação como sócio cooperado dependerá da análise dos meus documentos pessoais ora apresentados, bem como do atendimento às demais disposições estatutárias e regimentais e afastará qualquer vínculo de natureza empregatícia.

c) Concordo em subscrever e Integralizar 500 (Quinhentas) Quotas, R$ 500,00, parceladas em dez vezes.

X_____ _____/_____/_____

Assinatura do Proponente

Indicado por:_____

UNIBRASIL SAÚDE – Cooperativa de Trabalho dos profissionais de Saúde
Endereço: Rua Marechal Castelo Branco nº 1084, Feira de Santana – Bahia, **CEP**: 44076-380
CNPJ: 14.111.304/0001-30 **Tel.**: (75) 3021-1102.