

Atualização de Dados do Cooperado

PREENCHIMENTO CONFORME DETERMINAÇÕES DO E-SOCIAL

O E-Social é um projeto do Governo Federal, que envolve a Receita Federal, o Ministério do Trabalho, o INSS e a Caixa Econômica Federal. Seu principal objetivo é a unificação do envio de informações referente às empresas. Está incluso no projeto, a entrega de todas as declarações, resumos para recolhimento de tributos oriundos da relação trabalhista e previdenciária. Para atender ao E-Social, será necessário realizar o recadastramento de todos os cooperados, pois alguns dados cadastrais não existem, tais como, por exemplo, cor, raça, etc.

Nome: _____

1) Raça/Cor:

() Indígena () Branca () Negra () Amarela (de origem japonesa, chinesa, coreano, etc)

() Parda (parda ou declarada como mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de negro com pessoa de outra cor ou raça.) () Não informado

2) Estado Civil:

() Solteiro () Casado () Separado () Divorciado () Viúvo () União Estável

3) Sexo:

() Feminino () Masculino

4) Dados Pessoais:

Data de nascimento: ____/____/____ País: _____ UF: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

CPF: _____ PIS/NISS: _____

Conselho Regional:

Número: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: ____/____/____

Carteira de Identidade:

Número: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Emissão: ____/____/____

Endereço Residencial:

Rua: _____ n°.: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Município: _____ CEP: _____ UF: _____

Telefone fixo: () _____ Telefone celular: () _____

Endereço Comercial:

Rua: _____ n°.: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Município: _____ CEP: _____ UF: _____

Telefone principal: () _____ Telefone celular: () _____

Email: _____

Local onde deseja receber correspondências: () Residencial () Comercial

5) Necessidade especial:

Deficiência física? Sim Não
 Deficiência visual? Sim Não
 Deficiência auditiva? Sim Não

Deficiência mental? Sim Não
 Deficiência intelectual? Sim Não

6) Dependentes: Marque a opção e descreva os dados dos dependentes:

- (1) Cônjuge ou companheiro (a) com quem tenha filho (a) ou viva há mais de 5 (cinco) anos;
- (2) Filho (a) ou enteado (a) até 21 (vinte e um) anos;
- (3) Filho (a) ou enteado (a) universitário (a) ou cursando escola técnica de 2º grau, até 24 (vinte e quatro) anos;
- (4) Filho (a) ou enteado (a) em qualquer idade, quando incapacitado físico e/ou mentalmente para o trabalho;
- (5) Irmão (ã), neto (a) ou bisneto (a) sem arrimo dos pais, do (a) qual detenha a guarda judicial até 21 (vinte e um) anos;
- (6) Irmão (ã), neto (a) ou bisneto (a) sem arrimo dos pais com idade até 24 (vinte e quatro) anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de nível superior ou escola técnica de 2º grau;
- (7) Irmão (ã), neto (a) ou bisneto (a) sem arrimo dos pais com idade até 24 (vinte e quatro) anos se ainda estiver cursando estabelecimento de nível superior ou escola técnica de 2º grau;
- (8) Irmão (ã), neto (a) ou bisneto (a) sem arrimo dos pais, do (a) qual detenha a guarda judicial, em qualquer idade, quando incapacitado físico e/ou mentalmente para o trabalho.
- (9) Pais, avós e bisavós;
- (10) Menor pobre, até 21 (vinte e um) anos, que crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;
- (11) A pessoa absolutamente incapaz, do (a) qual seja tutor ou curador.

() Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____

CPF: _____

() Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____

CPF: _____

() Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____

CPF: _____

7) Dos veículos de comunicação utilizados pela SANCOOP, por quais você gostaria de receber informações?

() Jornal () Circular () Site () E-mail () SMS () Facebook () Whatsapp

8) Marcar o (s) local (is) que presta atendimento:

____ Hospital Aroldo Tourinho ____ Hospital Dilson Godinho ____ Hospital Universitário
 ____ Santa Casa de Montes Claros ____ Hospital Pronto Socor ____ Consultório
 ____ outros: _____

Dados Bancários:

Banco Credicom Agência _____ Conta Corrente _____

Assinatura do cooperado _____

