

DADOS

		Nº Cooperado:	
Razão Social:			
Nome fantasia:			
CNPJ:	Insc. Estadual	Insc. Municipal	
Endereço:		Número:	
Complemento:	Bairro:	CEP:	
Município:			UF:
Telefone:	Fax: ()		
E-mail:	Site:		
<input type="checkbox"/> Contrato Social		<input type="checkbox"/> Estatuto	
Local e Data: _____, de _____ de 20			
Nome do representante legal:			
Assinatura:			

ATENÇÃO - ASSINAR LIVRO CADASTRO COOPERADO

COOPMED COOPERATIVA MÉDICA	PROTOCOLO DO CADASTRO COOPERADO COOPMED
Assinatura e Carimbo Responsável pelo Atendimento: _____	
Nº Cooperado:	
Local e Data: _____, de _____ de 20	