COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DO CEARÁ
Rua João Carvalho, 800 salas 804 a 811 – Aldeota – Fortaleza – Ce
Fone: (0xx85)3456.60.00

MATRÍCULA

Nº

Nome do Cooperado: **Nacionalidade:** **Idade:**
Estado Civil: **Profissão:** **Residência:**
Data Admissão: **Observações:**

_____ _____ _____ _____
Associado **Presidente**

DEMITIDO EM: **EXLCUÍDO EM:** **ELIMINADO EM:** **TRANSF. DE QUOTAS EM:**

_____ _____ _____ _____
Associado **Presidente** **Testemunha** **Testemunha**

_____ _____ _____ _____
Associado **Presidente** **Testemunha** **Testemunha**

AVERBAÇÕES:

VALOR DA QUOTA PARTE:

CONTA CORRENTE DAS QUOTAS - PARTES DO CAPITAL SOCIAL

DATA				**Subscrição e Integralização das Quotas - partes**			**JUROS**			RETORNO - PERDAS			
Dia	**Mês**	**Ano**	**Nº**	**Débito**	**Crédito**	**Realizado**	Débito	Crédito	Realizado	**Débito**	Crédito	D/C	Saldo

COOPANEST.CE

DATA				Subscrição e Integralização das Quotas - partes			JUROS			RETORNO - PERDAS			
Dia	**Mês**	**Ano**	**Nº**	**Débito**	**Crédito**	**Realizado**	Débito	Crédito	Realizado	**Débito**	Crédito	D/C	Saldo