

Informações Pessoais

Nome				Data Nasc.	CPF	RG	UF
Natural de	Nacionalidade	Sexo	Tel.	Celular	E-mail		
End. Residencial					Bairro	CEP	Município Estado
End. Comercial				Bairro	CEP	Município	Estado Estado Civil

Dados do Cônjuge

Nome	CPF
------	-----

Indicação de Beneficiário(s) para Pecúlio Cooperativista

Nome	Parentesco	Percentual (%)
------	------------	----------------

Solicito a minha admissão como associado dessa cooperativa, subscrevendo e integralizando o valor mensal de R\$ 45,00 (quarenta e cinco reais), referente as cotas de capital estipuladas no Estatuto. Em consequência, autorizo o desconto em minha conta corrente: Banco _____, Agência _____, Conta Corrente nr. _____ ou através de boleto bancário das parcelas de capital e contribuições devidas.

Autorizo a cooperativa a acessar a central de riscos de crédito do Bacen e a efetuar consultas cadastrais (inclusive junto ao Serasa) necessárias à avaliação e aprovação do pedido, sendo vedada a sua divulgação a terceiros. Declaro estar de Acordo com as normas do Fundo de Pecúlio Cooperativista nos termos aprovados pela Assembléia em 19/08/2003, e estar ciente que o prazo de CARÊNCIA deste Pecúlio, é de 1 (um) ano à partir da data de adesão. Neste ato, indico o nome de meus beneficiários.

Local e Data

ASSOCIADO

USO DA MAGISCRED

*Data Admissão***COOPERATIVA**

Aprovada em reunião do Conselho de Administração.

*Data Demissão***COOPERATIVA**