



COOPERATIVA DE ECONOMIA E CRÉDITO MÚTUO DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA E DOS ÓRGÃOS DA ESTRUTURA DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA LTDA
SICOOB CREDFAZ

Ed. CREDFAZ - SCS - Q. 05 - Bl. C - Ent. 165/9 CEP 70305-921
Brasília - DF - Fone 61 - 3035-8299
Home: www.credfaz.org.br E-mail: credfaz@credfaz.org.br
Autorizada pelo BACEN em 24/10/95 - CNPJ/MF 00.952.415/0001-65

() PROPOSTA DE ADMISSÃO () DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

Nº

Nome:					
Endereço Residencial - Rua				Bairro	
Cidade		UF	CEP	Fone Resid. ()	Celular ()
E-mail - 1			E-mail - 2		
Filiação: Pai			Mãe		
Nacionalidade	Data Nascimento / /	Local	UF	Sexo M () F ()	
CPF:		Identidade nº	Data Emissão / /	Órgão Emissor - UF	
Estado Civil		Regime Casamento		Nº dependentes	
Nome do Cônjuge				Nº CPF do Cônjuge	
Siape Nº		Data admissão / /	Cargo/Função		
Situação Funcional () Ativo(a) () Aposentado(a) () Pensionista () Outros					
Órgão Pagador				Lotação	
Endereço do Trabalho				Bairro	
Cidade		UF	Cep	Telefone Trab. ()	
Banco Nº	Agência Nº	Nº da conta corrente		Nº Conta Poupança	
A conta é () Individual () Conjunta					
Fui indicado por: (nome completo, se for o caso)					
À Diretoria do SICOOB CREDFAZ Pela presente, venho solicitar minha admissão no quadro social do SICOOB CREDFAZ, para o que presto as informações acima e neste ato, declaro ser conhecedor(a) de seu Estatuto Social e AUTORIZO o SICOOB CREDFAZ a mandar debitar em minha folha de pagamento ou em minha conta de depósitos na própria Cooperativa ou em qualquer instituição financeira da qual sou correntista, os valores referentes à amortização de empréstimos, financiamentos, pagamentos de serviços prestados e outras obrigações, bem como a integralização do capital mínimo e a capitalização mensal de R\$ _____ durante _____ meses ou por _____ prazo indeterminado, de meus proventos ou vencimentos, conforme previsto no Estatuto Social. Autorizo, também, o órgão de pessoal a fornecer meu endereço para fins de atualização cadastral. Responsabilizo-me pela exatidão das informações prestadas, na forma da legislação vigente. Declaro ainda concordar que o eventual cancelamento desta AUTORIZAÇÃO dar-se-á somente com a anuência previa e expressa do SICOOB CREDFAZ e depois de liquidadas todas as obrigações de minha responsabilidade perante a mesma.					
Local/Data _____, _____ de _____ de _____				ASSINATURA PROPONENTE/ASSOCIADO	
Para uso do SICOOB CREDFAZ					
Responsável pela abertura da conta e conferência dos dados			Deferimento		
Assinatura do Funcionário			Assinatura do Diretor do SICOOB CREDFAZ		