

PROPOSTA DE ADMISSÃO

Solicito ingresso como Associado(a) da COOPERFORTE e, estando de acordo com seu Estatuto, neste ato autorizo mandar debitar em minha conta corrente (nos seguintes bancos: BB, CEF, BASA ou BNB), ou mandar descontar em minha folha de pagamento junto à instituição pagadora dos meus proventos os valores referentes à liquidação e amortização de empréstimos e financiamentos, pagamento de serviços prestados e outras obrigações, bem como os da integralização do capital, na forma abaixo, inclusive quanto aos da realização do capital mínimo, quando este for majorado. Declaro que o eventual cancelamento desta autorização se efetivará somente com anuência prévia e expressa da COOPERFORTE. Autorizo, também, a formulação de consulta a cadastros restritivos e à Central de Risco de Crédito, como exigido pela regulamentação pertinente, divulgada pelo Banco Central do Brasil.

1. Identificação e Dados pessoais de quem está se associando

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------|----------------------|-----------------|-------------------------|--|-------------------------|-----------------|------------------------------------|---------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Associado Titular Funcionário da Ativa, Aposentado ou Pensionista do BB, BACEN, CEF, BASA, BNDES, BNB e das empresas e associações que fazem parte do conglomerado dessas Instituições | | | | | | <input type="checkbox"/> Associado Família Pais, filhos, cônjuge ou companheiro (a), e Dependente Legal de Associado | | | | | |
| NOME COMPLETO | | | | | | CPF | | | SEXO () M () F | | |
| DATA DE NASCIMENTO | | IDENTIDADE | | ÓRGÃO EXPEDIDOR | | UF | | DATA DE EMISSÃO | | NACIONALIDADE | |
| ESTADO CIVIL () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Separado(a) Judicialmente () União Estável (conviventes) () Viúvo(a) | | | | | | REGIME DE CASAMENTO () Comunhão Parcial de Bens () Comunhão Universal de Bens () Separação Total de Bens | | | | | |
| FILIAÇÃO Pai _____ Mãe _____ | | | | | | | | | | | |
| CEP | | | ENDEREÇO RESIDENCIAL | | | | | | COMPLEMENTO | | |
| DISTRITO/ BAIRRO | | | | | | CIDADE | | | UF | | |
| FONE TRABALHO () | | | RAMAL | | FONE RESIDENCIAL () | | FONE CELULAR (1) () | | FONE CELULAR (2) () | | FONE / FAX () |
| E-MAIL (1) | | | | | | E-MAIL (2) | | | | | |
| NOME DO BANCO E DA AGÊNCIA ONDE RECEBE PROVENTOS | | | | | | PREFIXO - DV | | | CONTA CORRENTE Nº - DV | | |
| NOME DO ÓRGÃO EMPREGADOR | | | | | | SITUAÇÃO FUNCIONAL () Ativa () Aposentado () Disponibilidade () Licenciado () Pensionista | | | | | |
| NATUREZA DA OCUPAÇÃO | | | | | | NATUREZA DA OCUPAÇÃO PRINCIPAL | | | | | |
| LOCAL/ SETOR DE TRABALHO | | | | | | MATRÍCULA | | | DATA DE ADMISSÃO ____/____/____ | | |
| ENDEREÇO DO ÓRGÃO EMPREGADOR | | | | | | COMPLEMENTO | | | CEP | | |
| DISTRITO/ BAIRRO | | | | | | CIDADE | | | UF | | |

2. Dados complementares para Associado Família

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|-----------|--|--|
| INDIQUE O SEU GRAU DE PARENTESCO COM O ASSOCIADO TITULAR () Filho(a) () Pai/Mãe () Dependente Legal () Cônjuge () Companheiro(a) | | | | | | | | | | | |
| NOME DO ASSOCIADO TITULAR | | | | | | CPF | | | INSCRIÇÃO | | |

3. Autorização para movimentação financeira de menor

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------|
| Autorizo o menor (de 13 anos até 18 anos incompletos) a efetuar depósito e saque em sua conta junto à COOPERFORTE. <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | Assinatura do Responsável Legal |

4. Integralização de Capital Mínimo - R\$ 50,00

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Valor e forma de integralização | | | | | | | | | | | |
| () 1 Parcela de R\$ 50,00 | | | | () Associado Titular Aposentado/ Pensionista BB – PREVI: Débito na FOPAG | | | | | | | |
| () 2 Parcelas de R\$ 25,00 | | | | () Associado Titular Funcionário da Ativa, Aposentado e Pensionista: Débito em C/C - No dia do crédito dos Proventos | | | | | | | |
| () Associado Família (com conta no BB, CEF, BNB ou BASA) - Débito em C/C dia: 01() 05() 10() 19() 20() 23() 25() | | | | | | | | | | | |

5. Indicador

| | | | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|-----------|--|--|-----|--|--|
| NOME | | | | | | MATRÍCULA | | | CPF | | |
|------|--|--|--|--|--|-----------|--|--|-----|--|--|

Reconheço os termos deste documento e declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas.

_____ Local/ Data
 _____ Assinatura do Proponente ou Responsável Legal

6. Para uso da COOPERFORTE

| | | | | | |
|--|--|-----------------|--|-----------------|--|
| INSCRIÇÃO: _____ DATA DE INGRESSO ____/____/____ | | | | | |
| SERASA | | SCR | | PEP | |
| () Sim () Não | | () Sim () Não | | () Sim () Não | |
| CARIMBO E ASSINATURA AUTORIZADA | | | | | |

7. Autógrafos para o sistema

| | | |
|---|--|---|
| ✓ | | Assinatura do Proponente ou Responsável Legal |
| ✓ | | Assinatura do Proponente ou Responsável Legal |

Atente para as três assinaturas neste documento. Elas não podem conter rasuras e devem ser originais (fotocópias não serão aceitas).
As assinaturas são importantes para sua associação à Cooperforte.

DADOS COMPLEMENTARES DA PROPOSTA DE ADMISSÃO



| | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Dados do Cooperado | | | |
| NOME | | | |
| CEP | ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA | COMPLEMENTO | |
| DISTRITO/ BAIRRO | CIDADE | UF | |
| RESIDÊNCIA () PRÓPRIA () ALUGUEL () FAMÍLIA () EMPRESA () CEDIDA | | | |
| ESCOLARIDADE () ANALFABETO () 1º GRAU () 2º GRAU () SUPERIOR | | CURSO DE FORMAÇÃO SUPERIOR | |
| CARTÕES DE CRÉDITO () AMERICAN EXPRESS () DINERS () MASTERCARD () SOLLO () VISA () OUTROS _____ | | | |
| NOME DOS FILHOS | DATA DE NASCIMENTO | CPF | RENDA (R\$) |
| | ____/____/____ | | |
| | ____/____/____ | | |
| | ____/____/____ | | |
| | ____/____/____ | | |
| 2. Dados do Cônjuge/ Companheiro (a) | | | |
| NOME COMPLETO | | | DATA DE NASCIMENTO |
| CPF | IDENTIDADE | ÓRGÃO EXPEDIDOR | UF DATA DE EMISSÃO |
| | | | ____/____/____ |
| NACIONALIDADE | NATURALIDADE | UF | ÓRGÃO EMPREGADOR |
| NATUREZA DA OCUPAÇÃO | | NATUREZA DA OCUPAÇÃO PRINCIPAL | |
| LOCAL/ SETOR DE TRABALHO | FONE TRABALHO () | FONE CELULAR () | RENDA LÍQUIDA MENSAL R\$ _____ |
| 3. Referências | | | |
| PESSOAL | | DDD | TELEFONE |
| BANCÁRIA | | DDD | TELEFONE |
| COMERCIAL | | DDD | TELEFONE |
| 4. Outras Fontes de Rendas | Descrição | | Receita Bruta Mensal |
| ALUGUÉIS | | R\$ | |
| ATIVIDADE COMERCIAL/ LIBERAL | | R\$ | |
| OUTROS (ESPECIFICAR) | | R\$ | |
| 5. Bens e Direitos | Descrição | | Valor |
| APLICAÇÕES EM FUNDOS DE INVESTIMENTO | | R\$ | |
| APLICAÇÕES EM DEPÓSITOS A PRAZO | | R\$ | |
| APLICAÇÕES EM DEPÓSITOS A PRAZO | | R\$ | |
| APLICAÇÕES EM TÍTULOS PÚBLICOS | | R\$ | |
| IMÓVEL RESIDENCIAL | | R\$ | |
| IMÓVEL (EIS) PARA RENDA | | R\$ | |
| TERRENO (S) | | R\$ | |
| VEÍCULO (S) | | R\$ | |
| OUTROS (ESPECIFICAR) | | R\$ | |

Reconheço os termos deste documento e declaro serem verdadeiras as informações no anverso e verso deste formulário.

✓ _____
Local/ Data

Cooperativa de Economia e Crédito Mútuo dos Funcionários de Instituições Financeiras
Públicas Federais Ltda.
SBS Q2 Bloco A – Térreo, Loja 1 – Ed.Casa de São Paulo
70078-900 Brasília-DF
Fone (61) 3314-7200 Fax (61) 2106-7260

0800 701 3766

✓ _____
Assinatura do Proponente ou Responsável Legal

Postos de Atendimento
São Paulo – Av. São João, 32 – 11º andar – Fone (11) 3106-6969 Fax (11) 3104-1679
Rio de Janeiro – Av. Nilo Peçanha, 50 – Sala 1612 – Fone (21) 2104-0953 Fax (21) 2220-0171
Belo Horizonte – Rua Rio de Janeiro, 750 – 7º andar – Fone (31) 3217-3362 Fax (31) 3217-3085
Porto Alegre - Rua Uruguai, 300 – 3º andar – Fone (51) 3224-2944 Fax (51) 3224-2883

SAC 0800 701 3766

www.cooperforte.coop.br

OUVIDORIA 0800 701 3766