

FICHA MATRÍCULA - TERMO DE ADMISSÃO

Número de Cadastro:	Empresa Conveniada	Indiretos - Familiar
	Indiretos da Empr. Conveniada (Prest. Serviço/Associado/Outros)	

Dados para associação:

Nome:		Sexo: Masculino Feminino	
Matrícula:	Unidade:	Empresa:	
Salário Base: R\$	Nº Benefício:	Cargo:	
Data de Nasc.:	CPF:	RG:	
Estado Civil:	Nacionalidade:	Naturalidade:	
Cônjuge:		CPF do Cônjuge:	
Tel. Res: ()	Tel. Com: ()	Tel. Cel: ()	
End. Res.:		Compl.:	
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
End. Comercial:		Compl.:	
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
E-mail 1 :	[Grid for email address]		
E-mail 2 :	[Grid for email address]		

Dados da indicação:

Nome:	CPF:
	Grau Parentesco:

Referências Pessoais

Nome Completo	Grau Parentesco	Telefone
1.		()
2.		()

Concordo em receber sms ou e-mail de comunicado, novidades e informações sobre serviços parceiros Sicoob Cecres.

Possui interesse em quais produtos / serviços?	Valor de Quota Mensal:
() Portabilidade de salário () Cheque especial*	R\$ 30,00 R\$ 40,00
Bandeira do cartão: () Visa () MasterCard	R\$ 50,00 R\$ 70,00
Vencimento do Cartão de crédito*	(R\$ 80,00 R\$ 100,00
Dia () 03 () 07 () 11 () 19 22 *Sujeito à análise de crédito	
Deseja investir em RDC mensalmente? Sim Não	Outro valor R\$ _____
Valor desejado para investimento: _____	(Limite 30% salário-base)
(O valor mínimo para RDC são R\$100,00)	Desconto em C/C SICOOB CECRES dia: _____
	(Opção para cooperados sem vínculo consignatário)

DIREITOS E DEVERES DO ASSOCIADO

Para ter acesso aos direitos e deveres, basta consultar o estatuto no site (<http://www.sicoobcecre.com.br>) ou solicitar nos postos de atendimento.

TEXTO LEGAL – LEIA ATENTAMENTE

Tendo pleno conhecimento do Estatuto Social, o qual prometo acatar, solicito a minha admissão no quadro de associados e autorizo a empresa a descontar mensalmente de meu salário e/ou a Cooperativa debitar de minha conta corrente a importância correspondente à minha opção de quota junto ao Sicoob Cecres. Caso o valor da quota mensal acima selecionado impacte no desconto em folha de pagamento dos empréstimos consignados, desde já autorizo o Sicoob Cecres a reduzi-lo o limite mínimo permitido no Estatuto Social.

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, responsabilizando-me civil e criminalmente por sua autenticidade. Autorizo que os meus dados cadastrais, patrimoniais e financeiros informados a qualquer das entidades do Sicoob - Sistema de Cooperativas de Crédito do Brasil possam ser compartilhados entre todas as entidades desse sistema, inclusive Fundação Sicoob de Previdência Privada, Bancoob DTVM Ltda., e outras empresas com participação direta ou indireta de entidade do Sicoob.

Autorizo a(o) Cooperativa/Bancoob: acessar o Sistema de Informações de Crédito (SCR), instituído em substituição da Central de risco de crédito (CRC), do Banco Central do Brasil para obtenção de dados sobre débitos e responsabilidades de minha titularidade junto ao Sistema Financeiro Nacional; efetuar o registro de meus dados no Sistema de Informações de Crédito (SCR), quando for o caso; efetuar as demais consultas cadastrais necessárias à avaliação de risco para a aprovação de pedido de concessão de crédito, sendo vedada a sua divulgação para terceiros.

Associado

Responsável Cooperativa

Local e Data: _____

Campo exclusivo de preenchimento do Sicoob Cecres: