



COOPERATIVA DE CONSUMO E SERVIÇOS DOS BANCÁRIOS DE
BELO HORIZONTE E REGIÃO - COOPHAB

Rua Ceará, 741 Sala 201, Funcionários, Belo Horizonte/MG

CEP: 30.150-312

FICHA DE MATRÍCULA DE COOPERADO

Nome do Associado: _____

Matrícula: _____ Data de Admissão: ___/___/___

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____ Estado: _____

Data de Nascimento: : ___/___/___ CPF: _____

Estado Civil: _____ Regime de Casamento: _____

Identidade no: _____ Órgão e Estado Emissor: _____

Profissão: _____ Possui Dependentes: ___ Quantos: ___

Filiação: _____

Grau de Instrução: _____ Curso: _____

Endereço Completo: _____

No. _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone Residencial: () _____ Celular: () _____

E-mail: _____

Capital Social: R\$ 1.000,00 (Hum mil reais), a ser integralizado: R\$50,00 (cinquenta reais) no ato da inscrição e o restante em _____ parcelas, pagas mensalmente. Declaração Declaro que a associação a COOPHAB foi de minha livre vontade, e conforme normas constantes do estatuto social da referida Cooperativa.

Associado

Diretor Presidente

Diretor Financeiro

Testemunhas: 1) _____

2) _____