



FICHA DE FILIAÇÃO – COOPERFARQUIM

DADOS PESSOAIS

Nº Matrícula/Empresa: _____ Nome: _____

CPF: _____ Identidade: _____ Org./Emissor: _____

Data de Emissão: _____

Data de Nascimento: _____ Estado Civil: _____ Naturalidade: _____

Quotas/Subscrição inicial: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Endereço: _____ Nº: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefones: _____ Email Pessoal: _____

DADOS PROFISSIONAIS

Nº Cart. Prof.: _____ Série: _____ Setor: _____

Função: _____

Nome da Empresa: _____

Data de Admissão: _____ Email Corporativo: _____

Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____

Autorizo a mandar preceder mensalmente o desconto de 2% (salário base) de minha mensalidade em folha de pagamento.

Data: _____ Matrícula COOPERFARQUIM: _____

Assinatura: _____

Cooperativa de Economia e Crédito Mútuo dos Empregados nas Indústrias Químicas, Farmacêuticas e Similares da Região Metropolitana do Rio de Janeiro Ltda – COOPERFARQUIM – 0800-042-0851
Rua Afonso Quintão, 25, Loja 1, CEP: 24456-705, Trindade – São Gonçalo – RJ – Tel.: (21) 2601-7674
Autorizado a funcionar pelo Banco Central do Brasil – DOU de 28.10.2002



AVERBAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE CAPITALIZAÇÃO

Autorizo a mandar preceder mensalmente o desconto de 2% (salário base) de minha mensalidade em folha de pagamento.

Nome: _____

Empresa: _____

Matrícula/Empresa: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Diretor da COOPERFARQUIM: _____

**Cooperativa de Economia e Crédito Mútuo dos Empregados nas Indústrias Químicas, Farmacêuticas e Similares da Região Metropolitana do Rio de Janeiro Ltda – COOPERFARQUIM – 0800-042-0851
Rua Afonso Quintão, 25, Loja 1, CEP: 24456-705, Trindade – São Gonçalo – RJ – Tel.: (21) 2601-7674
Autorizado a funcionar pelo Banco Central do Brasil – DOU de 28.10.2002**

COOP-FP-008-6

ELAB.: JAM

VER.: FCQ

23.02.23