

FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO PARA CAPITALIZAÇÃO DA AFAM



Nome: _____
RE: _____ Posto/Grad.: _____ OPM: _____
Data nasc.: ____ / ____ / ____ Naturalidade: _____ Estado: _____
Estado civil: _____ RG: _____ Órgão emissor: _____
CPF: _____ e-mail: _____
Admissão Polícia: ____ / ____ / ____
Endereço residencial: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Cep: _____
Banco do Brasil - Agência: _____ conta corrente: _____
Tel. resid: _____ cel: _____ serviço: _____

Autorizo que a AFAM credite capital em meu nome junto à CREDIAFAM me tornando um cooperado, **SEM QUE ISSO IMPLIQUE EM ACRÉSCIMO À MINHA CONTRIBUIÇÃO MENSAL À ENTIDADE.**

Estou ciente que o capital depositado servirá como base para empréstimo pessoal sujeito a análise de crédito, financiamento de bens e resgate futuro, sendo esse resgate a partir de um ano da primeira capitalização. Para tanto envio cópias: **RG, CPF e COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA para o endereço abaixo.**

Concordo com as cláusulas do Estatuto Social, Regimento Interno e Regulamento Operacional da CREDIAFAM.

São Paulo, ____ / ____ /20 ____.

Nome completo



COOPERATIVA DE CRÉDITO MÚTUO DOS SERVIDORES DA SEGURANÇA PÚBLICA DE SÃO PAULO

RUA FLORÊNCIO DE ABREU, 591 - 2º ANDAR - CENTRO - CEP: 01029.001 - SÃO PAULO/SP - TEL.: 11 3328.1505