

Dados da Cooperativa

Nome da Cooperativa	CNPJ	UA
---------------------	------	----

Dados Cadastrais

Nome	CPF				
Nome da mãe	Nome do pai				
Data de nascimento	Naturalidade	UF	Nacionalidade () Brasileira () Outras _____		
Sexo () Masculino () Feminino	Tipo de documento	Nº do documento	Data de emissão	Órgão emissor	UF
Estado Civil () Solteiro () Casado () Divorciado () Separado Judicialmente () Viúvo					
União Estável? () Não () Sim, com pacto formal () Sim, sem pacto formal					
Possui Cidadania(s) ou Residência Fiscal em país(es) diferente do Brasil ? () Não () Sim Se sim, preencha o quadro abaixo.					
País(es) de cidadania		País(es) de residência fiscal		Número de identificação fiscal - NIF	
Renunciou à alguma cidadania? () Não () Sim País _____					

Logradouro (Rua, Avenida, Travessa, etc.)			Número	Complemento
CEP	Bairro	Município	UF	
Situação do endereço () Próprio () Alugado () Financiada () Outro		E-mail		
Reside desde		Telefone Residencial (____) _____ - _____ Celular (____) _____ - _____		

Nome	CPF
Regime de Casamento ou União () Comunhão Parcial () Comunhão Universal () Separação () Participação Final nos Aquestos	

Ocupação	Empregado desde			
Nome da empresa	CNPJ			
Logradouro (Rua, Avenida, Travessa, etc.)		Número	Complemento	
CEP	Bairro	Município	UF	Telefone comercial (____) _____ - _____

Nome	Telefone (____) _____ - _____
Nome	Telefone (____) _____ - _____

Tipo	Valor R\$	Periodicidade () Mensal () Anual
Tipo	Valor R\$	Periodicidade () Mensal () Anual

Tipo	Quantidade	Valor R\$
Tipo	Quantidade	Valor R\$
Tipo	Quantidade	Valor R\$

Dados do Representante do Menor

Condição: () Representante (menor de 16 anos / absolutamente incapaz) () Representante (maior 16 e menor 18 anos / relativamente incapaz) () Procurador	Nome
	CPF

Pessoa Politicamente Exposta - PPE*

Declaro que: () Não () Sim - Sou pessoa politicamente exposta, nos termos dos normativos em vigor.
DECLARO, ainda, que comunicarei ao Sicredi qualquer alteração da presente condição.
(* PPE - Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiros, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo, conforme determina a legislação vigente.

Pessoa com deficiência

() Auditivo () Visual

() DECLARO, sob penas da lei, que conheço e estou de pleno acordo com os termos e condições da presente Proposta, bem como de todos os demais documentos que o integram, cujo inteiro teor li (ou me foram lidos em voz alta), conforme disciplina a legislação em vigor.

() Dispensar a leitura da presente Proposta e dos demais instrumentos que o integram, mas DECLARO que os conheço e estou plenamente de acordo com os seus termos e condições.

Declaração de não residente fiscal nos E.U.A.**Preencher somente se renunciou à cidadania americana.**

Declaro, sob as penas da lei, que não sou residente fiscal nos E.U.A., pois me enquadrar em uma ou mais das situações abaixo descritas, conforme assinalada(s) por mim.

() Abduquei da nacionalidade ou cidadania dos E.U.A., conforme Certificado de Perda de Nacionalidade (Certificate of Loss Of Nationality), emitido pelo Bureau of Consular Affairs do Estado dos E.U.A., anexo a esta declaração.

() Apesar de ter nascido nos E.U.A., conforme declaração anexa, renunciei à cidadania dos E.U.A. (embora ainda não possua o Certificado correspondente) ou não adquirir tal cidadania ao nascer.

Veracidade das informações

Declaro, sob as penas da lei, que todas as informações acima prestadas e os documentos apresentados à efetivação da presente proposta são autênticos, válidos e corretos responsabilizando-me por eventual desacordo ou falsidade que venha a ser constatada posteriormente. Igualmente, comprometo-me a providenciar a devida atualização dos dados aqui prestados, com a devida comprovação, em até 10 (dez) dias sempre que houver qualquer alteração destes, bem como, sempre que requerido, na forma e no prazo informados pela instituição financeira contratante.

Autorizo a instituição financeira contratante e as pessoas jurídicas que integram o Sistema Sicredi, a fornecerem este formulário, seus anexos, as informações deles constantes, bem como os dados financeiros relativos à conta e aos investimentos às fontes pagadoras de rendimentos ou aos depositários centrais ou agentes escrituradores de títulos ou valores mobiliários inerentes à conta, às autoridades brasileiras ou estrangeiras conforme exigido nos termos da legislação aplicável no Brasil, dos acordos internacionais firmados pelo Brasil, ou ainda nos termos da legislação aplicável na(s) jurisdição(jurisdições) na(s) qual(is) o(s) proponente(s) tenha(m) nascido(s), ou das quais é(são) cidadão(s), nacional(is) ou residente(s).

_____, ____ de _____ de 20____

Assinatura do Proponente

Assinatura e Carimbo do Gerente ou Responsável

Parecer