

FICHA DE ALTERAÇÃO DO CAPITAL MENSAL

Nome completo (sem abreviaturas):			
Endereço residencial:		Bairro:	
CEP:	Cidade:	UF:	Celular:
Tel. residencial:		Tel. comercial:	Tel. WhatsApp:
E-mail:		CPF:	
Lotação:	Cargo:	Mat. TJMG:	

Declaro que as informações acima são a expressão da verdade.

Autorizo o SICOOB CREDJUS – Cooperativa de Economia e Crédito Mútuo dos Servidores da Justiça do Estado de Minas Gerais Ltda, a promover a alteração do desconto em minha folha de pagamento, relativo a integralização mensal do capital social.

Quantidade atual - _____ (_____) quotas-partes de capital, em um total de R\$ _____ (_____).

Quantidade Pretendida - _____ (_____) quotas-partes de capital, em um total de R\$ _____ (_____).

_____, _____ de _____ de _____
Local e Data

Assinatura do Cooperado