

REQUERIMENTO DE ACESSO MASTER

(COOPERATIVA DE CREDITO DOS INTEGRANTES DO PODER JUDICIARIO E DO MINISTERIO PUBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS LTDA.), inscrita no CNPJ/MF sob o nº (03.519.240\0001-95), Inscrição Estadual nº (ISENTO), com sede em (Rua dos Timbiras, 2928, 6º andar, Barro Preto, 30.140-062, Belo Horizonte - MG), telefone número (31-3048-5574), por seu representante legal, Sr(a). (João Batista Vilaça de Abreu), (Casado), (Diretor da Cooperativa SICOOB JUS-MP), CPF nº (011.041.956-15), Identidade nº (MG-227-485), (SSP-MG), telefone número (31-30485562), e-mail (joabatistavabreu@gmail.com), vem indicar como Usuário Master e Usuário Responsável Financeiro os nomes abaixo relacionados, oportunidade em que requer a criação/edição de acessos.

USUÁRIO MASTER – RESPONSÁVEL PELOS ACESSOS AO CBTI REGISTROS			
NOME:	Túlio Félix do Nascimento		
CPF:	112.396.646-05		
TELEFONE FIXO	(DDD) 31	(TEL) 35144812	(RAMAL) 4812
TELEFONE CELULAR	(DDD) 31	(TEL MÓVEL) 994537345	
E-MAIL:	tulio.nascimento@sicoobjusmp.com.br		

RESPONSÁVEL FINANCEIRO DA CREDORA			
NOME:	João Batista Vilaça de Abreu		
CPF:	011.041.956-15		
TELEFONE FIXO	(DDD) 31	(TEL) 30485574	(RAMAL) 5574
TELEFONE CELULAR	(DDD) 31	(TEL MÓVEL) 999713539	
E-MAIL:	joabatistavabreu@gmail.com		

Nesta oportunidade, declara ter conhecimento de que o Usuário Master receberá em seu e-mail acima indicado o link de acesso e sua senha de primeiro acesso criada eletronicamente pelo próprio sistema e que o responsável financeiro receberá e-mails com informes relacionados aos serviços prestados bem como Boleto/Fatura conforme utilização dos serviços.

DETRANS que deseja os acessos (marcar as UFs desejadas):

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> AC | <input type="checkbox"/> PB | <input type="checkbox"/> RR |
| <input type="checkbox"/> AP | <input type="checkbox"/> PE | <input type="checkbox"/> SC |
| <input type="checkbox"/> BA | <input type="checkbox"/> PI | <input type="checkbox"/> SP |
| X MG | <input type="checkbox"/> RJ | |

Belo Horizonte/MG, 01 de junho de 2021.

Nome e assinatura do Responsável pela Instituição *(reconhecer firma ou assinatura digital)*