



Cooperativa de Economia e Crédito Mútuo dos Funcionários da Secretaria de Estado da Fazenda do Estado de Minas Gerais e de Livre Admissão Ltda
Av. Brasil, 1660 – Boa Viagem – Belo Horizonte – MG – CEP 30.140-004 PABX: (31) 3269.57.00
Certificado de Autorização Banco Central Nº 641 – CNPJ: 16.721.078/0001-35
www.sicoobcoopsef.com.br sicoobcoopsef@sicoobcoopsef.com.br

FICHA CADASTRAL

Em se tratando de conta conjunta, preencher uma ficha para cada titular	MASP	SRF
Caso necessário, solicite outra ficha para completar seus dados		

Cód. Agência	Nome da agência	Conta conjunta 1 - Sim 2 - Não	Nº da conta	DV
--------------	-----------------	--------------------------------------	-------------	----

CPF do cliente	Cargo	Órgão	Secretaria	Cidade	UF
----------------	-------	-------	------------	--------	----

Dependente Legal	Cônjuge/Companheiro(a)	Pais	Pensionista
------------------	------------------------	------	-------------

Dados pessoais

Nome do cooperado(a) (completo - sem abreviações)

Data de nascimento / /	Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino	Nacionalidade 1 - Brasileira 2 - Brasileira naturalizado 3 - Estrangeira	Naturalidade UF Município
---------------------------	---------------------------------------	---	---------------------------------

Nome do pai

Nome da mãe

Número da identidade	Órgão emissor	UF	Data de emissão / /	Número do PIS/PASEP
----------------------	---------------	----	------------------------	---------------------

Estado civil 1 - Solteiro(a) 2 - Casado(a) comunhão de bens	3 - Casado(a) Comunhão Parcial de Bens 4 - Casado(a) Separação de Bens	5 - Divorciado(a) 6 - Separado(a) Judicialmente	7 - Viúvo(a) 8 - Outros
---	---	--	----------------------------

CPF do cônjuge	Nome do cônjuge
----------------	-----------------

Data nascimento do cônjuge / /	Renda do cônjuge - R\$
-----------------------------------	------------------------

Renda dos seus dependentes (não incluir o cônjuge)

Nº dependentes com renda	Nº dependentes sem renda	Total líquido dos rendimentos dos dependentes - R\$
--------------------------	--------------------------	---

Grau de instrução 0 - Não alfabetizado 1 - Ensino fundamental incompleto	2 - Ensino fundamental completo 3 - Médio incompleto	4 - Médio completo 5 - Superior incompleto	6 - Superior completo 7 - Especialização	8 - Mestrado 9 - Doutorado
--	---	---	---	-------------------------------

Despesa mensal com instrução própria-R\$
--

Preencher caso você seja menor de 18 anos

<input type="checkbox"/> Menor emancipado	<input type="checkbox"/> Menor assistido
---	--

Preencher caso você seja menor assistido

CPF do representante legal	Nome do representante legal
----------------------------	-----------------------------

Endereço residencial

CEP	Rua, avenida, alameda, travessa	Número	Complemento
-----	---------------------------------	--------	-------------

Bairro	UF	Município
--------	----	-----------

DDD	Telefone celular próprio	DDD	Telefone residencial próprio	DDD	Telefone para recados
-----	--------------------------	-----	------------------------------	-----	-----------------------

E-mail

Endereço comercial

CEP	Rua, avenida, alameda, travessa	Número	Complemento
-----	---------------------------------	--------	-------------

Bairro	UF	Município
--------	----	-----------



Cooperativa de Economia e Crédito Mútuo dos Funcionários da Secretaria de Estado da Fazenda do Estado de Minas

Gerais e de Livre Admissão Ltda

Av. Brasil, 1660 – Boa Viagem – Belo Horizonte – MG – CEP 30.140-004

PABX: (31) 3269.57.00

Certificado de Autorização Banco Central Nº 641 – CNPJ: 16.721.078/0001-35

www.sicoobcoopsef.com.br

sicoobcoopsef@sicoobcoopsef.com.br

DDD	Telefone comercial
-----	--------------------

Sua residência é	Qual:	Valor do aluguel - R\$
<input type="checkbox"/> 1 - Alugada		
<input type="checkbox"/> 2 - Mora com parentes/pais		
<input type="checkbox"/> 3 - Outros		
<input type="checkbox"/> 4 - Cedida/funcional		
<input type="checkbox"/> 5 - Própria quitada		
<input type="checkbox"/> 6 - Financiada por outras entidades		

Reside neste endereço desde	Mês	Ano	Se você reside neste endereço a menos de 2 anos, informe	Tempo na residência anterior	Qtde. anos	Qtde. meses
-----------------------------	-----	-----	--	------------------------------	------------	-------------

Preencher se você possuir renda formal (comprovada)

Renda 1

Fonte pagadora	CNPJ ou CPF da fonte pagadora	Nome da fonte pagadora	
<input type="checkbox"/> 1 - Pessoa física			
<input type="checkbox"/> 2 - Pessoa jurídica			
CEP	Rua, avenida, alameda, travessa	Número	Complemento
Bairro	UF	Município	

DDD	Telefone comercial	DDD	Fax
-----	--------------------	-----	-----

Renda - Cód. IR	Descrição do tipo de renda	Data início da renda	Cargo/função
		/ /	
Renda bruta mensal - R\$	Renda líquida mensal - R\$	Tempo no emprego anterior	Ano desligamento
		Qtde. anos	Qtde. meses
			emprego anterior (4 dígitos)

Renda 2

Fonte pagadora	CNPJ ou CPF da fonte pagadora	Nome da fonte pagadora	
<input type="checkbox"/> 1 - Pessoa física			
<input type="checkbox"/> 2 - Pessoa jurídica			
CEP	Rua, avenida, alameda, travessa	Número	Complemento
Bairro	UF	Município	

DDD	Telefone comercial	DDD	Fax
-----	--------------------	-----	-----

Renda - Cód. IR	Descrição do tipo de renda	Data início da renda	Cargo/Função
		/ /	
Renda bruta mensal - R\$	Renda líquida mensal - R\$		

Preencher caso você possua atividade informal

1ª atividade

Nome da atividade	Local de trabalho	Data de início	Renda líquida mensal - R\$
		/ /	

PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE		
<input type="checkbox"/> Sim	Descrição do Cargo, Função ou Relacionamento Político:	Data de Início: ____/____/____
<input type="checkbox"/> Não		Data do Término: ____/____/____

Informações Patrimoniais

Imóveis		Tipo				Situação	
<input type="checkbox"/> Não possui	<input type="checkbox"/> Possui	1 - Casa	3 - Lote	5 - Apartamento	7 - Sala comercial	1 - Quitado	3 - Quitado e alugado
		2 - Terreno	4 - Chácara	6 - Loja	8 - Fazenda	2 - Financiada	4 - Financ. e alugado
Imóvel 1	Tipo	Situação	Valor de mercado - R\$				
Endereço							
Imóvel 2	Tipo	Situação	Valor de mercado - R\$				
Endereço							

Veículos		Tipo				Situação	
<input type="checkbox"/> Não possui	<input type="checkbox"/> Possui	1 - Carro	3 - Motocicleta	6 - Caminhão	8 - Aeronave	1 - Quitado	
		2 - Ônibus	5 - Utilitário	7 - Embarcação		2 - Financiada	
Veículo 1	Tipo	Situação	Valor de mercado - R\$	Ano (4 dígitos)	Marca	Modelo	
Veículo 2	Tipo	Situação	Valor de mercado - R\$	Ano (4 dígitos)	Marca	Modelo	



Cooperativa de Economia e Crédito Mútuo dos Funcionários da Secretaria de Estado da Fazenda do Estado de Minas

Gerais e de Livre Admissão Ltda

Av. Brasil, 1660 – Boa Viagem – Belo Horizonte – MG – CEP 30.140-004

PABX: (31) 3269.57.00

Certificado de Autorização Banco Central Nº 641 – CNPJ: 16.721.078/0001-35

www.sicoobcoopsef.com.br

sicoobcoopsef@sicoobcoopsef.com.br

Sobre seus planos de saúde/seguros/previdência, preencha:

Plano de saúde Não possui Possui Previdência privada Não possui Possui

Seguros Não possui Possui Seguro de vida Seguro saúde Seguro veículo Seguro residencial

Vencimento da apólice seguro veículo / / Vencimento da apólice seguro residencial / /

Cartão de crédito Não possui Possui

Tipo
1 - Dinners Club 3 - Unibanco Visa 5 - American Express 9 - Outros Visa
2 - Bradesco Visa 4 - Credicard 8 - Outros Mastercard 10 - Bancoob Visa

Tipo	Limite de crédito - R\$	Valor médio da fatura mensal - R\$	Tempo que é associado	
			Quant. anos	Quant. meses
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Contas em outros bancos Não possui Possui

Tipo de conta
1 - Comum 2 - Especial Se conta especial, responda

Tipo	Código banco	Nome do banco	Limite de crédito - R\$
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Compromissos financeiros Não possui Possui

Tipo
1 - Empréstimo 3 - Consórcio 5 - Plano de saúde
2 - Financiamento 4 - Crediário 6 - Outros

Tipo	Nome da empresa ou Nome do banco	Valor da prestação - R\$	Quant. de prest. a vencer	Data da última prest. paga
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Referência pessoal 01
Nome DDD Telefone

Referência pessoal 02
Nome DDD Telefone

Gostaria de receber mais informações sobre produtos e serviços do SICOOPCOOPSEF

Via e-mail 1 - Sim 2 - Não Via telefone 1 - Sim 2 - Não Via Correio 1 - Sim 2 - Não Local para correspondência

Em caso de falecimento o Auxílio Funeral, Saldos de Aplicações, Saldos de Capital Social e outros serão transferidos para _____.

Nos termos da Resolução nº 2724 do Banco Central do Brasil o cooperado(a) autoriza o SICOOPCOOPSEF a consultar o Sistema Central de Risco de Crédito, bem como autoriza a consulta consolidada relativa a minha pessoa perante a administração pública e a administração da empresa privada que sou integrante. Autorizo, ainda, o SICOOPCOOPSEF a fornecer informações sobre as operações de crédito com ela realizadas, no sentido de compor o cadastro do já citado Sistema. Os presentes dados são verdadeiros e visam facilitar os processos de negociação e transações comerciais, pela antecipação de informações a meu respeito. Autorizo o arquivamento dos meus dados pessoais e de idoneidade na SERASA - Centralização de Serviços dos Bancos S/A, que poderá deles se utilizar, respeitadas as disposições legais em vigor.

Local _____ Data ____/____/____ Assinatura do(a) Cooperado(a) _____

Assinatura do representante legal (se for o caso) _____

Para uso do SICOOPCOOPSEF
As informações acima conferem com os documentos apresentados.
_____/____/____ Assinatura do empregado _____ Assinatura do Gerente _____

Observações: (deverão ser datadas e assinadas)

DECLARAÇÃO DE PROPÓSITO DE RELACIONAMENTO**Identificação do Declarante**

Nome Completo do Associado:

RG/Órgão/UF:

CPF/CNPJ:

(DDD) Telefone:

Apresentado por: (Responsável Legal/Procurador/Curador)

Declaração

Declaro que são verdadeiras as informações quanto a minha identificação. Em conformidade com a Circular 3.461/2009 do Banco Central do Brasil, declaro o propósito de estabelecer relacionamento com a Cooperativa Sicoob Coopsef e de utilização dos produtos/serviços informados abaixo:

- Conta Corrente Depósito à Vista;
- Conta Poupança;
- Conta Salário;
- Cheque Especial;
- Empréstimo/Financiamento;
- Investimentos/Depósito a prazo;
- Cartão de Débito/Crédito;
- Seguros;
- Consórcio;
- Previdência Privada;
- Outro(s):

Local e data/Assinatura do declarante:

Uso interno da Cooperativa

Local/data/Carimbo e assinatura do gerente responsável: