

ADESÃO DE SÓCIO CONTRIBUINTE

Solicito minha filiação à Associação para Promoção Humana e Desenvolvimento Social – **INSTITUTO COOPERFORTE** com objetivo de:

Expressar meu comprometimento com o Propósito do Instituto: “Transformar realidades socioeconômicas de pessoas e organizações sociais, em sintonia com a Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU)”; e/ou

Associar-me a COOPERFORTE - Cooperativa de Economia e Crédito Mútuo de Funcionários de Instituições Financeiras Públicas Federais, após cumpridas todas as exigências regulamentares. Portanto, autorizo o **INSTITUTO COOPERFORTE e a COOPERFORTE** a consultar, fornecer, compartilhar e/ou incluir meus dados e operações contratadas, no Sistema de Informações de Crédito do Banco Central (SCR), assim como, em quaisquer Bancos de Dados, Cadastros de Consumidores, Serviços de Proteção ao Crédito e Instituições Financeiras.

Estou ciente de que deverei cumprir um período de **carência de no mínimo 3 (três) meses** de contribuições mensais consecutivas ao Instituto Cooperforte, além de cumprir todos critérios necessários para requerer a minha associação a COOPERFORTE.

Encaminho em anexo os seguintes comprovantes digitalizados:

- De residência.
- De ocupação (empresário, funcionário público, profissional liberal, aposentado, entre outros).
- De pagamento da primeira contribuição ao Instituto Cooperforte.

Forneço abaixo minhas informações cadastrais exigidas:

1. Dados pessoais

NOME COMPLETO		DATA DE NASCIMENTO		CPF	
ENDEREÇO RESIDENCIAL					
BAIRRO		CIDADE		UF	CEP
TELEFONE FIXO			TELEFONE CELULAR		
()			()		
E-MAIL			SEXO		
			() MASCULINO () FEMININO		

2. Contribuição mensal - (mínimo R\$ 30,00)

OUTRO VALOR	(valor por extenso)		
R\$			
<input type="checkbox"/> autorizo que seja debitado: Banco do Brasil S.A. - 001	prefixo –DV	conta corrente nº - DV	
<input type="checkbox"/> Efetuarei crédito programado (mensal) em favor do Instituto Cooperforte no Banco do Brasil, Agência 3.382-0, Conta Corrente nº10.200-8, ciente de que esta opção não gerará débitos de tarifas bancárias ao Instituto Cooperforte.			
<input type="checkbox"/> Desconto em folha de pagamento (somente para funcionários e delegados da COOPERFORTE).			
<input type="checkbox"/> Não sou correntista do Banco do Brasil.			

Efetuirei o **depósito da contribuição**, mensalmente, em favor do **INSTITUTO COOPERFORTE** na conta corrente do Banco do Brasil, Agência: 3.382-0, Conta Corrente: 10.200-8, CNPJ: 05.604.669/0001-06, ou pelo PIX 05604669000106 (Chave CNPJ), comprometendo-me a enviar o comprovante, para o e-mail: instituto@ic-cf.org.br; pelo celular/WhatsApp (61)98245-0049 ou pelo endereço físico: SCS Quadra 9 Lote C Torre C, 9º andar, Edifício Parque Cidade Corporate - Brasília/DF, CEP: 70308- 200.

Autorizo o **INSTITUTO COOPERFORTE** a tratar e compartilhar meus dados pessoais constantes do presente Termo de Adesão com a **COOPERFORTE**, consoante a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD).

Brasília (DF), _____ de _____ de _____

Assinatura