



Cooperativa de Economia e Crédito Mútuo dos Servidores da Justiça do Estado de Minas Gerais Ltda.
Rua Araguari, 358, Salas 603/604, Barro Preto, BH-MG Tel. (31) 3295-0461, 3295-2419, fax: 3295-0478
CEP: 30190-110 - www.coopserjasmig.com.br - E-mail: coopserjasmig@coopserjasmig.com.br

COOPSERJUSMIG

Nº Contrato

FICHA DE APLICAÇÃO FINANCEIRA MENSAL

RDC – PÓS CDI

Nome completo (sem abreviaturas):

Endereço residencial:

Bairro:

CEP:

Cidade:

UF:

Celular:

Tel. residencial:

Tel. comercial:

Fax:

E-mail:

Lotação:

Cargo:

Mat. TJMG:

Conta:

Valor da aplicação R\$ _____ (_____)

Conforme anexo comprovante

Prazo da aplicação: _____ Dias

Obs: Limite máximo de Aplicação 721 Dias

Caso não haja manifestação em contrário, autorizo a **coopserjasmig** a efetivar a reaplicação automática no mesmo prazo anteriormente pactuado, em conformidade a rentabilidade em vigência na data da reaplicação.

Declaro que as informações acima são a expressão da verdade.

Declaro ter ciência que a coopserjasmig não participa do fundo garantidor do SICOOB – FGS.

Dados Bancários para o resgate da aplicação:

Banco:	Agência:	Conta Corrente:
--------	----------	-----------------

_____, ____ de _____ de _____
Local e Data

Assinatura do Cooperado



Cooperativa de Economia e Crédito Mútuo dos Servidores da Justiça do Estado de Minas Gerais Ltda.
Rua Araguari, 358, Salas 603/604, Barro Preto, BH-MG Tel. (31) 3295-0461, 3295-2419, fax: 3295-0478
CEP: 30190-110 - www.coopserjasmig.com.br - E-mail: coopserjasmig@coopserjasmig.com.br

COOPSERJUSMIG

Nº Contrato

FICHA DE REAPLICAÇÃO FINANCEIRA MENSAL

RDC – PÓS CDI

Nome completo (sem abreviaturas):

Endereço residencial:

Bairro:

CEP:

Cidade:

UF:

Celular:

Tel. residencial:

Tel. comercial:

Fax:

E-mail:

Lotação:

Cargo:

Mat. TJMG:

Conta:

Nº do contrato anterior: _____

Valor Reaplicado R\$ _____ (_____)
(**USO EXCLUSIVO DA COOPSERJUSMIG**)

Prazo da Reaplicação: _____ dias

Obs: Limite máximo de Aplicação 721 dias

Caso não haja manifestação em contrário, autorizo a **coopserjasmig** a efetivar a reaplicação automática no mesmo prazo anteriormente pactuado, em conformidade a rentabilidade em vigência na data da reaplicação.

Declaro que as informações acima são a expressão da verdade.

Declaro ter ciência que a coopserjasmig não participa do fundo garantidor do SICOOB – FGS.

Dados Bancários para o resgate da aplicação:

Banco:	Agência:	Conta Corrente:
--------	----------	-----------------

_____, ____ de _____ de _____
Local e Data

Assinatura do Cooperado