



AUTORIZAÇÃO PARA ALTERAÇÃO DE PORCENTAGEM

Autorizo, a alteração de minha integralização mensal para _____% (de 1% do meu salário bruto, com teto de R\$ 50,00 e, de 2% até 5%, sem teto de valor), mais valor adicional de R\$ _____ a partir de ____/____/____.

NOME COMPLETO: _____

CHAPA: _____ EMPRESA: _____

SETOR: _____ TELEFONE: _____

São Paulo, ____ de _____ de 20__

Assinatura

Encaminhar via original assinada, juntamente com análise de crédito até o dia 30/mês

Cooperativa de Economia e Crédito Mútuo dos Funcionários da Abril

Avenida Otaviano Alves de Lima, 4.400 – Freguesia do Ó – 02909-900
CNPJ 43.438.662/0001-50 – Fones : (11)3990-1224 / (11)3990-1435
www.cooperabril.com.br / e-mail | cooperabril@abril.com.br
Ouvidoria FNCC – Fone: 0800-940-9360
e-mail: ouvidoria@fncc.com.br