



SOLICITAÇÃO DE DEMISSÃO ESPONTÂNEA

São Paulo, _____.

Nome: _____ Cód. Func. _____

Empresa _____ CPF: _____

Banco: _____ Agência: _____ C/C _____

Através deste solicito a minha demissão espontânea da Cooperativa de Crédito COOPHARMA devido aos motivos descritos abaixo.

Declaro estar ciente da cláusula 5.3.1 – Pedido de demissão, da Política de Capital Social e que meu retorno somente poderá ocorrer 12 (doze) meses após a data do recebimento da última parcela do capital. Após o reingresso ao quadro de associados haverá uma carência de 06 (seis) meses para usufruir das linhas de crédito e o seu limite de crédito passa a ser considerado pela nova data de retorno.

assinatura do associado

Observações:

O valor de devolução de quotas-partes será realizado até o dia 10 do mês posterior a solicitação de demissão espontânea, parcelado em:

- a) Valor de R\$ 7,00 até R\$ 560,00: devolução integral;
- b) Valor maior que R\$ 560,00 até R\$ 10.000,00: parcelado em até 03 meses;
- c) Valor maior que R\$ 10.000,00 até R\$ 100.000,00: parcelado em até 06 meses;
- d) Valor maior que R\$ 100.000,00: parcelado em até 12 meses;

Os juros sobre o capital e as sobras do exercício vigente, serão pagos após aprovação da próxima Assembleia Geral.

Aprovação do Comitê Executivo de Crédito

Aprovador 1

Aprovador 2

Aprovador 3