

## REABILITAÇÃO

Solicitamos pôr meio desta, a reabilitação do discriminado abaixo, no arquivo de informações do Serviço Central de Proteção ao Crédito, informando que o mesmo encontra-se apto a utilizar os meios normais de crédito ao consumidor.

NÚM. DA EXCLUSÃO

\*Valor do Atraso - R\$ \_\_\_\_\_

\*Data do Vencimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\*Data da Venda \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\*Documento de Garantia \_\_\_\_\_ \*Nº \_\_\_\_\_

\*Nome \_\_\_\_\_ \*Data Nasc. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\*CPF \_\_\_\_\_ \*RG \_\_\_\_\_ \*Sexo \_\_\_\_\_

\*Endereço \_\_\_\_\_ \*Bairro \_\_\_\_\_

\*Cidade \_\_\_\_\_ \*UF \_\_\_\_\_ \*CEP \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\* Preenchimento obrigatório

Os dados do registro citado acima são de minha inteira responsabilidade

Socorro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

EMPRESA ASSOCIADA \_\_\_\_\_

CÓDIGO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

## REABILITAÇÃO - PROTOCOLO DE ENTREGA

Nome \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Emp. Associada \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Recebido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSOCIAÇÃO COMERCIAL