



COOPERATIVA DE CRÉDITO DE LIVRE ADMISSÃO CREDFAZ LTDA

SICOOB CREDFAZ

CS, Quadra 06, Bloco A, Nº172, lojas 187 e 197, Edifício Jessé Freire, Brasília/DF, CEP: 70306-908
Telefone: (61) 3035-8299 | Site: www.credfaz.org.br | E-mail: credfaz@credfaz.org.br
Autorizada pelo Bacen em 24/10/1995 - CNPJ: 00.952.415/0001-65
Ouvidoria Sicoob: 0800 725 0996

SOLICITAÇÃO DE EMPRÉSTIMO PESSOA JURÍDICA

RAZÃO SOCIAL:

NÚMERO DO CNPJ:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

UF:

CEP:

TELEFONES:

COMERCIAL: ()

CELULAR: ()

E-MAIL:

DADOS BANCÁRIOS

NOME E NÚMERO DO BANCO: SICOOB - 756

NÚMERO DA AGÊNCIA - 4221

NÚMERO DA CONTA COM DÍGITO VERIFICADOR:

ASSINALE SE O EMPRÉSTIMO É:

NOVO

RENOVAÇÃO

VALOR DA SOLICITAÇÃO DE OPERAÇÃO DE CRÉDITO:**SE ANTECIPAÇÃO DE RECEBÍVEIS, SELECIONE O TIPO:**

CHEQUES

TÍTULOS

CARTÃO

SE EMPRÉSTIMO, INFORME:

NÚMERO DE PARCELAS:

TAXA DE JUROS:

O ASSOCIADO DO SICOOB CREDFAZ, ACIMA IDENTIFICADO E ABAIXO ASSINADO,

Concorda que o pagamento das parcelas do empréstimo será feito mediante débito em conta corrente e que se ficar constatada a necessidade de integralização de novas quotas de capital para a liberação do valor do empréstimo solicitado, independentemente de comunicação prévia, autoriza a programação de parcelas de integralização com débito em sua conta corrente.

O associado autoriza a cooperativa a acessar sistemas de consulta como Central de Risco do Banco Central, Serasa e outros similares, para efeito de obtenção de informações cadastrais existentes no Sistema Financeiro Nacional - SFN. Declara também ter conhecimento de que o SICOOB CREDFAZ é uma Cooperativa de Crédito que tem por finalidade atender os associados em todo o território Nacional, com sede em Brasília-DF.

Declara que, uma vez aprovado o empréstimo acima, para todos os fins de direito, fica eleito o foro da comarca de Brasília (DF) para dirimir quaisquer questões oriundas do contrato. Finalmente, declara nos termos da Lei Distrital no 4.225, de 24/10/2008, para os devidos fins que a empresa está registrada no endereço acima e que está ciente de que a falsidade de informação sujeitará às penas da legislação pertinente.

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO(A) ASSOCIADO(A) SOLICITANTE / REPRESENTANTE LEGAL

Dados sócios/representantes:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:

*Parecer do gerente:**Assinatura do gerente:*