



COOPERATIVA DE CRÉDITO DE LIVRE ADMISSÃO CREDFAZ LTDA

SICOOB CREDFAZ

SCS, 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

RESGATE DE EXCEDENTE DE CAPITAL

RAZÃO SOCIAL: _____

NÚMERO DO CNPJ: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

CIDADE: _____

UF: _____

CEP: _____

TELEFONES: _____

COMERCIAL: () _____

CELULAR: () _____

E-MAIL: _____

Venho respeitosamente requerer a Vossa Senhoria a transferência da importância de R\$ _____ (_____), referente ao valor excedente de minha conta de capital integralizado, com base no que dispõe nos termos da Resolução do Conselho de Administração.

O valor do resgate deverá ser depositado em minha conta corrente na Cooperativa. Solicito a transferência do valor R\$ _____ para minha conta bancária abaixo informada e autorizo o débito da tarifa de **R\$ 16,00** para a realização da transferência.

BANCO Nº: _____

AGÊNCIA Nº: _____

CONTA Nº: _____

CORRENTE

POUPANÇA

INDIVIDUAL

CONJUNTA

PESSOA FÍSICA

PESSOA JURÍDICA

CPF/CNPJ: _____

NOME: _____

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: