



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 <b>R\$ 16,00</b> 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	
<i>Dados sócios/representantes:</i>			
Nome: _____		CPF: _____	
Nome: _____		CPF: _____	
Nome: _____		CPF: _____	
Nome: _____		CPF: _____	
Parecer do gerente:		Assinatura do gerente:	
		<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	