



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

PROPOSTA DE CARTÃO DE DÉBITO, CRÉDITO OU MÚLTIPLO - PESSOA FÍSICA

Visa

Débito

Clássico

Gold

Platinum

Infinite

Mastercard

Débito

Clássico

Gold

Platinum

Black

Anexar cópia documento de identificação com CPF, comprovante de residência (que contenha o CEP), cópia dos três últimos contracheques. Todas as informações aqui contidas serão consideradas para análise de crédito de acordo com critérios da Cooperativa.

LIMITE SOLICITADO:
R\$

1- DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO

CPF (SOMENTE NÚMEROS)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE

ÓRGÃO-UF

NOME ABREVIADO PARA SER IMPRESSO NO CARTÃO

DATA DE NASCIMENTO

NATURALIDADE

NACIONALIDADE

 1-BRASILEIRO
 2-ESTRANGEIRO

SEXO

 1-MASCULINO
 2-FEMININO

ESTADO CIVIL

 1-CASADO
 2-SOLTEIRO
 3-VIÚVO
 4-DIVORCIADO
 5-SEPARADO
 6-DESQUITADO
 7-OUTROS

ESCOLARIDADE

 1-1º GRAU INCOMP.
 2-1º GRAU COMP.
 3-2º GRAU INCOMP.
 4-2º GRAU COMP.
 5-SUP. INCOMP.
 6-SUP. COMP.

2- ENDEREÇO PARA ENTREGA DE CORRESPONDÊNCIAS

ENDEREÇO COMPLETO (NOME DA RUA, AVENIDA, ESTRADA, ETC)

NÚMERO - COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

TELEFONE - DDD/NÚMERO

CELULAR - DDD/NÚMERO

E-MAIL

3- ESCOLHA O DIA PARA O VENCIMENTO DA FATURA DO SEU CARTÃO

 03 07 11 19 22

4- CARTÃO ADICIONAL

NOME COMPLETO

NOME ABREVIADO PARA SER IMPRESSO NO CARTÃO

CPF(SOMENTE NÚMEROS)

SEXO

 1-MASCULINO
 2-FEMININO

PARENTESCO

 1-CÔNJUGE
 2-IRMÃO
 3-FILHOS
 4-PAIS
 5-OUTROS

DATA DE NASCIMENTO

IDENTIDADE

ÓRGÃO EMISSOR

UF EMISSOR

ESTADO CIVIL

 1-SOLTEIRO(A)
 2-CASADO(A)
 3-SEPARADO(A)
 4-DIVORCIADO(A)
 5-VIÚVO(A)

TELEFONE CELULAR

E-MAIL



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

5-DADOS DA CONTA CORRENTE

CONTA CORRENTE:

DÉBITO AUTOMÁTICO: SIM NÃO

6-CONTRATOS E ASSINATURA

O proponente declara conhecer e aceitar as condições gerais de emissão e utilização dos Cartões Sicoobcard Mastercard, Visa e Cabal, por meio do contrato de prestação de serviços de emissão, administração e utilização de cartão, registrado no cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos de Brasília-DF, sob o número 01023682 para Pessoa Física e sob o número 01023683, para Pessoa Jurídica, em 4 de julho de 2023. Caso a proposta seja aprovada, declara, ainda, aceitar o limite de crédito rotativo que será concedido pela Cooperativa. O associado e o(s) adicional(is), ao aderirem ao presente cartão, autorizam o Banco e/ou Cooperativa, em caráter específico, irrevogável e irretratável, durante a vigência deste contrato, a: (I) registrar os seus dados e a prestar todas as informações relativas às operações decorrentes deste instrumento ao Sistema de Informações de Crédito (SCR) ou a qualquer outro órgão autorizado a receber informações em decorrência de legislação específica; (II) consultar, a qualquer tempo e sempre que necessário, perante o Sistema de Informações de Crédito (SCR), todas e quaisquer informações pertinentes a operações de crédito e garantias de responsabilidade do associados titular e/ou adicional(is); (III) autorizar o uso de seu capital integralizado na COOPERATIVA CREDFAZ, no caso do seu falecimento ou de inadimplência, na compensação do saldo remanescente da dívida consolidada do cartão; (IV) proponente autoriza a contratação do seguro de Proteção e Perdas e Roubo – PPR; e (V) permitir, em caso de inadimplência, a Cooperativa a consignar em folha de pagamento ou debitar em conta corrente no Sicoob Credfaz ou outra instituição financeira, os valores devidos.

LOCAL:

DATA: / /

ASSINATURA DO SOLICITANTE:

PARA USO EXCLUSIVO DA COOPERATIVA

ASSINATURA:

DATA: / /

PARECER DO GERENTE:

ASSINATURA:

DATA: / /

PROPOSTA APRESENTADA AO COMITÊ DE CRÉDITO EM: / /

DELIBERAÇÃO DO COMITÊ DE CRÉDITO:

ASSINATURA DO GERENTE/DIRETOR:

ASSINATURA DO DIRETOR:

Ao preencher o presente formulário e encaminhá-lo ao Sicoob Credfaz, autorizo o tratamento dos meus dados pessoais supra informados, consentindo expressamente: 1) compartilhamento com o Sistema Sicoob do qual o Sicoob Credfaz participa; 2) divulgação de notícias e conteúdos pelo Sicoob Credfaz e seus parceiros de negócios, tais como, soluções financeiras e de crédito, eventos e ações institucionais do Sicoob Credfaz como um todo, o que poderá ser feito por e-mail, telefone, redes sociais ou qualquer outro meio de contato; 3) envio de serviços e produtos financeiros do Sicoob Credfaz, do Sistema Sicoob e de empresas parceiras, coligadas e/ou conveniadas, de acordo com o legítimo interesse em atenção à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).