

SOLICITAÇÃO DE DESLIGAMENTO - PF

NOME:			
NÚMERO DO CPF:			
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:
TELEFONES:	COMERCIAL: ()	CELULAR: ()	
E-MAIL:			

Solicito o desligamento do quadro de associados do SICOOB CREDFAZ, nos termos do Estatuto Social, assim como o cancelamento da capitalização mensal. Solicito ainda, que o meu saldo de capital social seja devolvido na conta corrente da minha titularidade informada abaixo:

BANCO Nº: _____	CORRENTE	POUPANÇA
AGÊNCIA Nº: _____	INDIVIDUAL	CONJUNTA
CONTA Nº: _____	PESSOA FÍSICA	PESSOA JURÍDICA

Obs: Não aceitamos conta poupança do Banco do Brasil

Autorizo a devolução via PIX, utilizando como chave o número do meu CPF.

Motivo do desligamento:

Desemprego	Insatisfação com o atendimento	Opção por outra Instituição Financeira
Falecimento	Outros: _____	

LOCAL

DATA

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

Para uso do Sicoob Credfaz:

DATA

ASSINATURA DO ATENDENTE

ASSINATURA DO GERENTE/DIRETOR

ASSINATURA DO DIRETOR

DADOS DAS COOPERATIVAS:**Central**

2001 SICOOB PLANALTO CENTRAL

Singular

4221 SICOOB CREDFAZ

Endereço

SCS, QUADRA 06, BLOCO A, Nº 172, LOJAS 187 E 197, ED. JESSÉ FREIRE

Bairro

ASA SUL

Cidade

BRASÍLIA

CEP

70306-908

E-mail

credfaz@credfaz.org.br

Contato

61-3035-8299

IDENTIFICAÇÃO DA CONTA CORRENTE**Nº da Conta****Nome Titular/Razão Social****CPF/CNPJ**

Eu(nós), identificado(os) no quadro inicial como “Dados do Solicitante”, nos termos do contrato da conta corrente, solicito(amos) providenciar, no prazo máximo de 30 dias da data de entrega desta solicitação, o encerramento da referida conta corrente e sua conta investimento vinculada, se houver, pelo seguinte motivo:

Descrever o motivo do encerramento:

Em virtude do referido encerramento, declaro(amos), sob as penas da lei, que:

Quanto aos Cheques:

Não possui Inutilizados Devolvidos à Cooperativa/Agência

Quanto aos Cartões:

Não possui Inutilizados Devolvidos à Cooperativa/Agência

Condições para o encerramento da conta corrente:

Caso exista saldo credor até a data do encerramento, o valor deve ser sacado ou indicada conta para transferência na Cooperativa/Agência ou em outra Instituição. Caso não ocorra saque ou indicação de conta para transferência o saldo disponível será contabilizado em ordem de pagamento permanecendo a disposição do(s) titular(es) pelo prazo legal, ficando a Cooperativa/Agência, a partir da data de encerramento, autorizada a cancelar os contratos de débito automático relativos aos compromissos do(s) correntista(s). A eventual existência de saldo devedor impede o encerramento da conta corrente e deverá ser coberto até a data da efetivação.

Eventuais compromissos apontados no relatório demonstrativo de pendências para o encerramento, entregue pela Cooperativa/Agência, deverão ser regularizados/desvinculados da conta.

Tarifa de manutenção de conta ativa - Em referência ao mês da solicitação do encerramento, fica a critério da Cooperativa/Agência a isenção ou cobrança pro rata da tarifa de manutenção de conta. Na hipótese do não cumprimento, pelo correntista solicitante, das exigências para o encerramento no prazo de 30 dias e não havendo, por consequência, o encerramento da conta, a referida tarifa será cobrada normalmente

Declarações:

Declaro(amos) ciência que:

A Cooperativa/Agência somente efetivará o encerramento da conta corrente, após a liquidação/desvinculação de todas as operações de crédito que previam débito de valores nessa conta corrente, e da liquidação/desvinculação dos demais contratos e/ou aplicações mantidas junto a Cooperativa/Agência.

Que a partir da data em que esta solicitação for acatada, a conta corrente indicada na presente solicitação entrará em regime de encerramento e, até o término deste período, deveremos manter nessa conta corrente saldo suficiente e disponível para liquidação de todas as obrigações perante a Cooperativa/agência.

Haverá cobrança de eventuais taxas, juros e encargos devidos em decorrência de operações anteriormente contratadas.

Que a conta poderá ser movimentada e receber lançamentos até a data de seu encerramento, sendo condicionados única e exclusivamente à disponibilidade de saldo.

Que que o não cumprimento, até a data da efetivação, de qualquer um dos compromissos do relatório demonstrativo contendo todos os compromissos pendentes de regularização entregues pela Cooperativa/Agência será impeditivo ao encerramento da conta corrente.

Que esta solicitação é também aviso de encerramento de todos os contratos de serviços que tenham sido assinados com a Cooperativa/Agência. Que os serviços a eles relativos deixarão de ser prestados fendo o prazo para denúncia estabelecido no contrato específico. Na hipótese de o contrato específico não prever prazo de denúncia, os serviços deixarão de ser prestados quando do encerramento desta conta corrente.

Que findo o regime de encerramento da conta corrente, a Cooperativa/Agência:

Devolverá os cheques sustados, revogados ou cancelados por qualquer motivo, apresentados dentro do prazo de prescrição após o encerramento da conta corrente, pelos respectivos motivos, não eximindo os emitentes de suas obrigações legais.

Devolverá os cheques apresentados dentro do prazo de prescrição, que não tenham sido objeto de cancelamento, contraordem ou oposição, declarando o motivo de "conta encerrada", o que ensejará a inscrição do emitente no Cadastro de Emitentes de Cheques sem Fundos do Banco Central do Brasil, nos termos da regulamentação em vigor.

Deverá comunicar-nos sobre a data do efetivo encerramento da conta corrente, por escrito ou, através de meio eletrônico (e-mail, whatsapp).

Confirmo o local de entrega do comunicado de encerramento da conta corrente no endereço relacionado abaixo, reconhecendo a comunicação por e-mail e/ou whatsapp:

Endereço

Bairro	Cidade
---------------	---------------

CEP	Telefones	E-mail
------------	------------------	---------------

Declaro que li, entendi e concordo com as condições constante nesta solicitação e que as informações prestadas acima são verdadeiras, respondendo-me(nos) civil e criminalmente por sua autenticidade.

Cidade/UF	Data
------------------	-------------

Assinatura 1º Titular/Representante

Assinatura 2º Titular/Representante

*Colher assinatura de todos os titulares/representantes

Local e data de entrega

Carimbo e Assinatura do funcionário recebedor

*Deverá ser assinado em duas vias - uma fica com a cooperativa outra é entregue ao(s) solicitante(s).

OUVIDORIA SICOOB: 0800 725 0996