



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

AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO FINANCEIRA - PF

NOME: _____ CPF: _____

TELEFONE: () _____ E-MAIL: _____

Pelo presente eu autorizo o débito no valor de R\$ _____ (_____)
em minha conta corrente nº _____ - _____, mantida junto à esta Cooperativa, para aplicação financeira pelo
prazo de _____ dias, na modalidade abaixo escolhida.

ORDEM	MODALIDADE SIGLA	CARÊNCIA-DIAS	OPÇÃO
1	RDC – PROGRESSIVO	30	☐
2	RDC – FLEXÍVEL	30	☐
3	RDC – DI - 60	60	☐
4	RDC – DI - 90	90	☐
5	RDC – DI - 181	181	☐
6	RDC – DI - 361	361	☐
7	RDC – DI - 721	721	☐
8	LCI – DI	90	☐
9	FIDELIDADE - 30 O valor autorizado será debitado mensalmente por _____ meses, via: ☐ Conta Corrente ☒ Contracheque	30	☒

Autoriza a realização da aplicação com data anterior ao dia de recebimento deste formulário no Sicoob Credfaz, caso o recurso financeiro esteja disponível na conta corrente? ☐ SIM ☐ NÃO

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO(A) ASSOCIADO(A) SOLICITANTE

Observações:

DATA

ASSINATURA DO ATENDENTE

ASSINATURA DO GERENTE/DIRETOR

ASSINATURA DO DIRETOR