

AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO FINANCEIRA- PJ

NOME DA EMPRESA: _____ CNPJ: _____
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	☐

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

Dados sócios/representantes:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:

Observações:

DATA

ASSINATURA DO ATENDENTE

ASSINATURA DO GERENTE/DIRETOR

ASSINATURA DO DIRETOR