



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

**REQUERIMENTO DE AUMENTO DE CAPITAL - PJ**

RAZÃO SOCIAL:

NÚMERO DO CNPJ:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

UF:

CEP:

TELEFONES:

COMERCIAL: ( )

CELULAR: ( )

E-MAIL:

Pelo presente, solicito de V.S.<sup>a</sup>. que adote as providências necessárias para fazer o desconto no valor total de R\$ \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ ) em ( \_\_\_\_\_ ) parcelas de R\$ \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ ), a título de aumento do meu capital  
social na COOPERATIVA DE CRÉDITO DE LIVRE ADMISSÃO CREDFAZ LTDA.

Primeira parcela para \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a ser debitada da conta corrente: \_\_\_\_\_

O desconto deverá ser:    semanal    quinzenal    mensal

Em caso de desconto semanal ou quinzenal, informar o dia da semana para o débito:

Seg    Ter    Qua    Qui    Sex

LOCAL

DATA

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

*Dados sócios/representantes:*

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:

*Parecer do gerente:*

*Assinatura do gerente:*