



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

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	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: _____

DATA_____
ASSINATURA DO ATENDENTE_____
ASSINATURA DO GERENTE/DIRETOR_____
ASSINATURA DO DIRETOR