



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

SOLICITAÇÃO DE EMPRÉSTIMO PESSOA FÍSICA

NOME COMPLETO:			
NÚMERO DO CPF:		DATA NASC.: ____/____/____	ALTEROU O ENDEREÇO: SIM () NÃO ()
ENDEREÇO:			
BAIRRO:		CIDADE:	UF: CEP:
DDD/FONES	RESIDENCIAL: ()	COMERCIAL: ()	CELULAR: ()
E-MAIL:			
DADOS BANCÁRIOS			
NOME E NÚMERO DO BANCO: SICOOB – 756			
NÚMERO DA AGÊNCIA: 4221			
NÚMERO DA CONTA COM DÍGITO VERIFICADOR: _____			
ASSINALE SE O NÚMERO DA CONTA INFORMADA É DE CONTA CORRENTE () OU DE CONTA POUPANÇA ()			
ASSINALE SE O NÚMERO DA CONTA INFORMADA É DE CONTA INDIVIDUAL () OU DE CONTA CONJUNTA ()			
SE FOR CONTA CONJUNTA, INFORME A SEGUIR:			
O NOME COMPLETO DO OUTRO TITULAR DA CONTA: _____			
O NÚMERO DO CPF DO OUTRO TITULAR DA CONTA: _____			
ASSINALE SE O EMPRÉSTIMO É: NOVO (), RENOVAÇÃO () OU COMPRA DE DÍVIDA ()			
O VALOR BRUTO DO EMPRÉSTIMO PRETENDIDO É DE R\$ _____			
NÚMERO DE PARCELAS:		TAXA DE JUROS:	

O ASSOCIADO DO SICOOB CREDFAZ, ACIMA IDENTIFICADO E ABAIXO ASSINADO,

Concorda que o pagamento das parcelas do empréstimo será feito mediante consignação mensal em folha de pagamento, débito em conta corrente ou boleto bancário. Se no processo de apreciação deste pedido for constatada a ausência parcial ou total de margem consignável suficiente para cobrir a prestação mensal relativa ao valor bruto do empréstimo pretendido, desde já o associado concorda também que o valor solicitado seja reduzido para que a prestação seja inserida em consignação.

se ficar constatada a necessidade de integralização de novas quotas de capital para liberação do valor do empréstimo solicitado, independentemente de comunicação prévia, o associado autoriza a consignação em folha, desde que haja margem consignável para isso, ou débito em sua conta bancária.

O associado autoriza a cooperativa a acessar sistemas de consulta como Central de Risco do Banco Central, Serasa e outros similares, para efeito de obtenção de informações cadastrais existentes no Sistema Financeiro Nacional - SFN. Declara também ter conhecimento de que o SICOOB CREDFAZ é uma Cooperativa de Crédito que tem por finalidade atender os associados em todo o território Nacional, com sede em Brasília-DF.

Declara que, uma vez aprovado o empréstimo acima, para todos os fins de direito, fica eleito o foro da comarca de Brasília (DF) para dirimir quaisquer questões oriundas do contrato. Finalmente, declara nos termos da Lei Distrital no 4.225, de 24/10/2008, para os devidos fins que reside no endereço acima e que está ciente de que a falsidade de informação sujeitará às penas da legislação pertinente.

_____ LOCAL

_____/_____/_____
DATA

_____ ASSINATURA DO(A) ASSOCIADO(A) SOLICITANTE

Ao preencher o presente formulário e encaminhá-lo ao Sicoob Credfaz, autorizo o tratamento dos meus dados pessoais supra informados, consentindo expressamente: 1) compartilhamento com o Sistema Sicoob do qual o Sicoob Credfaz participa; 2) divulgação de notícias e conteúdos pelo Sicoob Credfaz e seus parceiros de negócios, tais como, soluções financeiras e de crédito, eventos e ações institucionais do Sicoob Credfaz como um todo, o que poderá ser feito por e-mail, telefone, redes sociais ou qualquer outro meio de contato; 3) envio de serviços e produtos financeiros do Sicoob Credfaz, do Sistema Sicoob e de empresas parceiras, coligadas e/ou conveniadas, de acordo com o legítimo interesse em atenção à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).