



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 - PF

NOME COMPLETO:

CPF:

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 mensal de R\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ), por prazo indeterminado ou em \_\_\_\_\_ parcelas, 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: \_\_\_\_\_ ou folha de pagamento.

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

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).