



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 ABERTURA DE CRÉDITO EM CONTA CORRENTE

NOME COMPLETO:			
NÚMERO DO CPF:		DATA NASC.:	ALTEROU O ENDEREÇO: SIM () NÃO ()
ENDEREÇO:			
BAIRRO:		CIDADE:	UF: CEP:
DDD/FONES	RESIDENCIAL: ()	COMERCIAL: ()	CELULAR: ()
E-MAIL:			

O Cooperado(a) acima identificado(a) solicita ABERTURA DE CRÉDITO EM CONTA CORRENTE no valor de R\$ _____ (_____) nos termos da CÉDULA DE CRÉDITO BANCÁRIO, QUE FICARÁ VINCULADA A ESTA SOLICITAÇÃO.

O solicitante autoriza a Cooperativa a acessar sistemas de consulta ao cadastro de proteção ao crédito, Serasa, SPC, entre outros, bem como, a Central de Risco do Banco Central do Brasil, para efeito de obtenção de informações cadastrais existentes no Sistema Financeiro Nacional – SFN. Declara, ainda, estar ciente que o SICOOB CREDFAZ é uma Cooperativa de Economia e crédito Mútuo, que tem por finalidade atender os cooperados, em todo o território nacional, com sede em Brasília (DF). Assim sendo, declara que, uma vez efetivada a Abertura de Crédito em Conta Corrente e utilizado o limite, para todos os fins de direito, concorda que esta solicitação representa confissão de dívida assumida perante o SICOOB CREDFAZ, incluindo-se nesta dívida, e explicitando-se na Cédula de Crédito Bancário, o CET – Custo Efetivo Total, que engloba todos os encargos da operação de crédito, ficando eleito o foro da comarca de Brasília (DF), para dirimir quaisquer questões oriundas do contrato em anexo. Finalmente, declara que está ciente de que a falsidade de informação sujeita-o às penas da legislação vigente.

LOCAL DIA MÊS ANO

Assinatura do(a) Associado(a) Solicitante

OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A LIBERAÇÃO DO EMPRÉSTIMO SOLICITADO SÃO : 01 – CÓPIAS DOS CONTRACHEQUES DOS 3 (TRÊS) ÚLTIMOS MESES; 02 – COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO MÊS ANTERIOR; 03 – CÓPIA DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE DE ÓRGÃOS OFICIAIS E DO CPF.

Parecer do gerente:

Assinatura do gerente:

Limite de crédito aprovado R\$ _____ (_____)

LOCAL

DATA

Diretor SICOOB CREDFAZ

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 de empresas parceiras, coligadas e/ou conveniadas, de acordo com o legítimo interesse em atenção à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).