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

AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO FINANCEIRA - PF

NOME: CPF:

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 _____

Para uso do Sicoob Credfaz:

DATA ___/___/___ ASSINATURA DO ATENDENTE _____ ASSINATURA DO GERENTE/DIRETOR _____ ASSINATURA DO DIRETOR _____

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).