|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **AUTORIZAÇÃO DE MICROFILMAGEM**  **Sistema de Gestão SICOOB Secovicred** | RTES.16  Rev.006 |

**Autorização Microfilmagem**

Eu , portador do CPF/CNPJ de nº , venho por meio deste, solicitar à SICOOB Secovicred que providencie a cópia dos documentos relacionados abaixo, referente a agência 3333 da conta .

**Informo que tenho ciência que o prazo para a entrega das cópias da microfilmagem é de até 20 (vinte) dias úteis, podendo este ser ultrapassado em caso de quantidades maiores e que me será cobrado uma tarifa pela prestação de serviços de R$ 9,90 para cada cópia solicitada:**

Descrição do Documento:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº do documento** | **Valor** | | **Data** | **Observações (se houver)** |
|  | **R$** |  |  |  |
|  | **R$** |  |  |  |
|  | **R$** |  |  |  |
|  | **R$** |  |  |  |
|  | **R$** |  |  |  |
|  | **R$** |  |  |  |
|  | **R$** |  |  |  |
|  | **R$** |  |  |  |
|  | **R$** |  |  |  |
|  | **R$** |  |  |  |

Total do Débito da Tarifa: **R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Data de Solicitação Assinatura do Cooperado**

**Atendente Responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Data de Recebimento Carimbo Assinatura do Tesoureiro/Caixa**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Data da Entrega Carimbo Assinatura do Comercial**