

PROPOSTA DE CARTÃO DE DÉBITO, CRÉDITO OU MÚLTIPLO - PESSOA JURÍDICA

Visa			Mastercard		
Débito	Crédito	Múltiplo	Débito	Crédito	Múltiplo

Anexar cartão CNPJ, comprovante de endereço (que contenha o CEP), cópia dos três últimos faturamentos ou extrato do simples nacional, contrato social/estatuto. Todas as informações aqui contidas serão consideradas para a análise de crédito de acordo com critérios da Cooperativa.

LIMITE SOLICITADO:
R\$

1- DADOS DA EMPRESA

RAZÃO SOCIAL

CNPJ (SOMENTE NÚMEROS)

DATA DE CONSTITUIÇÃO

NOME ABREVIADO PARA SER IMPRESSO NO CARTÃO

2- ENDEREÇO PARA ENTREGA DE CORRESPONDÊNCIAS

ENDEREÇO COMPLETO (NOME DA RUA, AVENIDA, ESTRADA, ETC)

NÚMERO - COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

TELEFONE - DDD/NÚMERO

CELULAR - DDD/NÚMERO

3- ESCOLHA O DIA PARA O VENCIMENTO DA FATURA DO SEU CARTÃO

03 07 11 19 22

4- PORTADOR DO CARTÃO

NOME COMPLETO DO PORTADOR DO CARTÃO DE CRÉDITO

NOME ABREVIADO IMPRESSO NO CARTÃO

CPF(SOMENTE NÚMEROS)

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

1-MASCULINO
 2-FEMININO

IDENTIDADE

ÓRGÃO EMISSOR

UF EMISSOR

ESTADO CIVIL

1-SOLTEIRO(A) 2-CASADO(A) 3-SEPARADO(A)
 4-DIVORCIADO(A) 5-VIÚVO(A)

TELEFONE CELULAR

E-MAIL



5- DADOS DA CONTA CORRENTE

CONTA CORRENTE: DÉBITO AUTOMÁTICO: SIM NÃO

6- CONTRATOS E ASSINATURA

O proponente declara conhecer e aceitar as condições gerais de emissão e utilização dos Cartões Sicoobcard Mastercard, Visa e Cabal, por meio do contrato de prestação de serviços de emissão, administração e utilização de cartão, registrado no cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos de Brasília-DF, sob o número 01023682 para Pessoa Física e sob o número 01023683, para Pessoa Jurídica, em 4 de julho de 2023. Caso a proposta seja aprovada, declara, ainda, aceitar o limite de crédito rotativo que será concedido pela Cooperativa. O associado e o(s) adicional(is), ao aderirem ao presente cartão, autorizam o Banco e/ou Cooperativa, em caráter específico, irrevogável e irretroatável, durante a vigência deste contrato, a: (I) registrar os seus dados e a prestar todas as informações relativas às operações decorrentes deste instrumento ao Sistema de Informações de Crédito (SCR) ou a qualquer outro órgão autorizado a receber informações em decorrência de legislação específica; (II) consultar, a qualquer tempo e sempre que necessário, perante o Sistema de Informações de Crédito (SCR), todas e quaisquer informações pertinentes a operações de crédito e garantias de responsabilidade do associados titular e/ou adicional(is); (III) autorizar o uso de seu capital integralizado na COOPERATIVA CREDFAZ, no caso de inadimplência, na compensação do saldo remanescente da dívida consolidada do cartão; (IV) proponente autoriza a contratação do seguro de Proteção e Perdas – PPR; e (V) permitir, em caso de inadimplência, a Cooperativa debitar em conta corrente no Sicoob Credfaz ou outra instituição financeira, os valores devidos.

LOCAL: DATA: / /

ASSINATURA DO SOLICITANTE:

PARA USO EXCLUSIVO DA COOPERATIVA

ASSINATURA:

DATA: / /

PARECER DO GERENTE:

ASSINATURA:

DATA: / /

PROPOSTA APRESENTADA AO COMITÊ DE CRÉDITO EM: / /

DELIBERAÇÃO DO COMITÊ DE CRÉDITO:

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).