

CONTRATO Nº					
Correspondente no País					
Código/Nome:		CNPJ:		Telefone:	
Agente:				CPF:	
CEP:	Endereço:			Nº:	
Complemento:	Bairro:	Cidade:		UF:	
Benefício Vinculado ao Cartão:		INSS()		Outros Órgãos Públicos()	
				Empresas Privadas()	
Dados Titular:	CPF:		Nome:		
Nacionalidade:	Data Nascimento:	Sexo:	Estado Civil:	Identidade(RG):	Data Emissão / Órgão Expeditor - UF
Nome da Mãe:				E-mail	
CEP:	Endereço Residencial(Rua,Avenida, etc...):				Nº:
Complemento:	Bairro:	Cidade:		UF	
Tel.(DDD e Nº):	Tel.Celular(DDD,Nº):		Portador Adicional(exceto INSS) ()Não ()Sim - Formulário Anexo.		
DADOS DOS BENEFÍCIO/SALÁRIO DO TITULAR					
Nome da Entidade/Empresa Averbadora:			Número do benefício / Matrícula / Registro:		Margem(%):
Endereço(Rua/Av., nº, Bairro, Cidade/UF):			Renda(R\$):	Data Admissão:	Telefone(DDD/Nº):
Nome do Banco Pagador		Nº do Banco	Nº Agencia	Conta-corrente	Dia do Pagamento

ADESÃO

1. Condições Gerais: Declaro que recebi e li previamente as Condições Gerais de Emissão e Utilização do **Cartão de Crédito Consignado do Banco Daycoval** para Aposentados e Pensionistas do INSS, Servidores Públicos Ativos e Inativos e/ou Trabalhadores de Empresas Privadas ("Condições Gerais"), registradas em 12/03/2018 no 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de São Paulo/SP sob nº 2.150.519, inexistindo dúvidas sobre suas cláusulas, direitos e obrigações.

2. Autorização para Reserva de Margem Consignável: Autorizo o Banco Daycoval S/A, neste ato, de forma irrevogável e irretratável, a constituir reserva de margem consignável de até ____ (_____) de minha remuneração, por tempo indeterminado, nos termos da legislação e convênio aplicáveis e do disposto no art. 6º da Lei 10.820/03, para os pagamentos mínimos mensais da(s) fatura(s) do **Cartão de Crédito Consignado Banco do Daycoval** ("Cartão") de minha titularidade, devendo tal autorização permanecer sempre válida e eficaz sob pena de cancelamento imediato de meu Cartão e adoção das medidas cabíveis.

3. Outras Declarações: Declaro estar ciente e concordar que: (I) ao utilizar o Cartão e/ou assinar este Termo de Adesão, estou anuindo, em caráter irrevogável e incondicional, ao disposto nas Condições Gerais; (II) poderei consultar sempre as Condições Gerais e suas alterações/aditamentos no site do Banco Daycoval S.A. ("Daycoval") no endereço eletrônico: www.daycoval.com.br; (III) as Condições Gerais poderão ser alteradas de tempos em tempos pelo Daycoval, mediante novos registros em cartório, as quais poderão, a critério do Daycoval, ser disponibilizadas na forma da alínea "II" acima (registros esses que serão noticiados no site do Daycoval); (IV) conheço os termos do convênio firmado pelo Daycoval e a Entidade/Empresa Averbadora para desconto em minha renda mensal do valor consignável acima descrito, para amortização do saldo devedor do **Cartão de Crédito Consignado Banco Daycoval**; (V) mensalmente será consignado em minha remuneração o valor do pagamento mínimo indicado nas faturas do Cartão, obrigando-me no caso de opção pelo pagamento integral a utilizar a fatura do Cartão para quitar o débito que exceder o valor consignável; (VI) **O saldo devedor do cartão pode ser pago, antecipadamente, pelo montante total ou parcial, por meio do boleto, que acompanha a fatura mensal, na rede bancária, sendo direito do titular a redução proporcional dos juros e demais acréscimos. A amortização do pagamento mínimo da fatura ocorrerá por meio de desconto em folha de pagamento;** (VII) o Daycoval está autorizado por prazo indeterminado a debitar quaisquer valores devidos em relação ao Cartão em minha conta bancária descrita acima e/ou em outra conta bancária de minha titularidade no Brasil que venha a substituí-la, inclusive a conta disponibilizada por seu empregador. Estou ciente de que se comprovada a falsidade das declarações e informações constantes deste Termo de Adesão estarei sujeito à responsabilidade criminal do artigo 299 do Código Penal (Crime de Falsidade Ideológica).

Local e Data

Assinatura do(a) Cliente

 ASSINATURA


Nº CARTÃO/PROPOSTA:			
Código/Nome:		CNPJ:	Telefone:
Agente:		CPF:	
CEP:	Endereço:		Nº:
Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF:

DADOS DO TITULAR

CPF:	Nome:
-------------	--------------

DADOS BANCÁRIOS

Nome do Banco:	Nº do Banco:	Nº Agência:	Nº da Conta(corrente/Poupança):
-----------------------	---------------------	--------------------	----------------------------------------

Autorizo o **BANCO DAYCOVAL S/A**, em caráter irrevogável e irretratável a:

() Transferir o valor abaixo indicado, referente a parte do limite de crédito do meu **Cartão de Crédito Consignado Banco Daycoval**, para a Conta Bancária da minha titularidade acima indicada.

() Utilizar o valor abaixo indicado, de parte do limite de crédito do meu **Cartão de Crédito Consignado Banco Daycoval**, para pagamento(s) da(s) fatura(s) junto ao(s) banco(s) _____, totalizando o valor de R\$ _____ (_____).

Declaro: (a) ter recebido a Planilha Demonstrativa do Custo Efetivo Total (CET), previamente à assinatura desta autorização, com o valor estimado do saque; (b) que recebi e concordei com todas as informações e cálculos pertinentes ao CET, bem como dos fluxos considerados em seu cálculo, inclusive a taxa percentual incidente, conforme condições vigentes na presente data; e (c) que o valor do saque será pago juntamente com as demais despesas da fatura de meu **Cartão de Crédito Consignado Banco Daycoval** ou financiado após a amortização do pagamento mínimo de minha fatura por meio de desconto em folha de pagamento.

Valor do Saque¹ R\$ _____ (_____).

Taxa de Juros: _____ % a.m. Taxa de Juros: _____ % a.a. IOF Diário: _____ % a.d. IOF Adicional: _____ %

Tarifa: R\$ _____ CET: _____ % a.m. CET: _____ % a.a.

Prazo: _____ (mensais) Vencimento Inicial: ____/____/____ Vencimento Final: ____/____/____

Total a pagar: Sem Financiamento: _____ Com Financiamento²: _____ Juros³: _____

¹ O Valor do saque está condicionado ao limite de crédito disponível, podendo ser inferior ao solicitado. ² O Valor total do financiamento refere-se à operação de crédito contratada nesta ato. ³ Total de juros previsto até o final do prazo.

Importante: O Saldo devedor do cartão pode ser pago, antecipadamente, pelo montante total ou parcial, por meio de boleto, que segue anexo a fatura mensal, em qualquer agência bancária, sendo direito do titular a redução proporcional dos juros e demais acréscimos. A amortização do pagamento mínimo da fatura ocorrerá por meio de desconto em folha de pagamento.

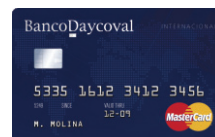
TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Declaro, para os devidos fins de direito, estar ciente de que o pagamento da fatura do cartão de crédito deve ocorrer em valor integral, constituindo o pagamento por consignação apenas o valor mínimo da fatura. O não pagamento integral da fatura do cartão de crédito gera encargos rotativos na ordem de _____, ao mês, incidentes sobre o valor não pago. Esse percentual é inferior ao cartão de crédito convencional. Declaro ainda ciência de que existem outras modalidades de crédito, a exemplo do empréstimo consignado, que possuem juros mensais em percentuais menores.

Local e Data: _____

Assinatura do(a) Cliente: _____

 ASSINATURA



TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO DO CARTÃO DE CRÉDITO CONSIGNADO

Em cumprimento à sentença Judicial proferida nos autos da Ação Civil Pública nº 106890-28.2015.4.01.3700,
3º Vara Federal da Seção Judiciária de São Luís/MA, proposta pela Defensoria Pública da União.

Eu, _____, inscrito no CPF sob
o nº _____, benefício nº _____, residente e domiciliado em
_____, declaro, para os devidos fins

e sob as penas da lei, estar de ciente e de acordo que:

- (i) contratei um cartão de crédito consignado;
- (ii) fui informado que na realização de saque mediante a utilização do meu limite do cartão de crédito consignado ensejará a incidência de encargos e que o valor do saque, acrescido destes encargos, constará na minha próxima fatura do cartão;
- (iii) a diferença entre o valor pago mediante consignação (desconto realizado diretamente na remuneração/benefício) e o total da fatura poderá ser paga por meio da minha fatura mensal, o que é recomendado pelo Banco Daycoval S.A, já que, caso a fatura não seja integralmente paga até data de vencimento, incidirão encargos sobre o valor devido, conforme previsto na fatura;
- (iv) declaro ainda saber que existem outras modalidades de crédito, a exemplo do empréstimo consignado, que possuem juros mensais em percentuais menores;
- (v) estou ciente de que a taxa de juros do cartão de crédito consignado é inferior à taxa de juros do Cartão de Crédito Convencional;
- (vi) sendo utilizado o limite parcial ou total de meu cartão de crédito, para saques ou compras, em uma única transação, o saldo devedor do cartão será liquidado ao final de até _____, contados a partir da data do primeiro desconto em folha, DESDE QUE: (a) eu não realize outras transações de qualquer natureza, durante todo o período de amortização projetado a partir da última utilização; (b) não ocorra a redução/perda da minha margem consignável de cartão; (c) os descontos através da consignação ocorram mensalmente, sem interrupção até o total da dívida; (d) eu não realize qualquer pagamento espontâneo via fatura; e (e) não haja alteração da taxa dos juros remuneratórios.

Para tirar dúvidas acerca do contrato ora firmado, inclusive sobre informações presentes neste Termo de Consentimento, o cliente poderá entrar em contato gratuitamente com o Banco Daycoval S.A através dos Serviços de Atendimento ao Consumidor – SAC (nº 0800 775 0500) e de sua Ouvidoria (nº 0800 777 0900).

**TENHO CIÊNCIA QUE ESTOU
CONTRATANDO UM CARTÃO DE
CRÉDITO CONSIGNADO NAS
CONDIÇÕES ACIMA.**



Local e Data: _____

Assinatura do(a) Cliente: _____

 ASSINATURA