



PROPOSTA DE ADESAO PARA SEU CARTAO

CODIGO DO ESTABELECIMENTO

DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO _____ CPF / CIC _____

RG / DOC IDENTIDADE _____ ORGAO EMISSOR _____ DATA DE EMISSAO _____ DATA DE NASCIMENTO _____

NATURALIDADE _____ UF _____ NACIONALIDADE _____

ESTADO CIVIL 1 - CASADO 3 - VIUVO 5 - SEPARADO 2 - SOLTEIRO 4 - DIVORCIADO 6 - OUTROS SEXO M F GRAU DE INSTRUCAO 1 - ATÉ 1º GRAU COMPLETO 3 - SUPERIOR COMPLETO 2 - ATÉ 2º GRAU COMPLETO 4 - OUTROS QUANT. DEPENDENTES _____

NOME DO PAI (COMPLETO) _____ PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS:
 NÃO
 SIM (SE SIM, QUAL?) AUDITIVA VISUAL
 FISICA ANALFABETO

NOME DA MÃE (COMPLETO) _____

DADOS RESIDENCIAIS

ENDERECO RESIDENCIAL (NOME DA RUA, AV., ESTRADA, ETC.) _____ NUMERO _____ COMPLEMENTO (Nº APT / CASA) _____

BAIRRO _____ CIDADE _____ UF _____

CEP _____ TIPO DE TELEFONE 1 - PRÓPRIO 3 - RECADADO 2 - ALUGADO 4 - CELULAR TELEFONE FIXO _____ RAMAL _____

CELULAR _____ TEMPO DE RESIDENCIA ANOS E MESES TIPO DE RESIDENCIA 1 - PRÓPRIA 3 - ALUGADA 5 - FUNCIONAL 2 - FINANCIADA 4 - COM PAIS 6 - OUTROS ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA RESIDENCIAL COMERCIAL

DADOS PROFISSIONAIS

EMPRESA ONDE TRABALHA _____

CNPJ _____ ENDEREÇO COMERCIAL (NOME DA RUA, AV., ESTRADA, ETC.) _____

NÚMERO _____ COMPLEMENTO (Nº APT/BLOCO/ ETC) _____ BAIRRO _____

CEP _____ CIDADE _____ UF _____ DATA DE ADMISSÃO (DATA/MÊS/ANO) _____

NATUREZA DA OCUPAÇÃO ASSALARIADO PROFISSIONAL LIBERAL SALÁRIO MENSAL (NÃO INCLUIR OUTRAS RENDAS) R\$ _____,00 OUTRAS RENDAS (NÃO INCLUIR RENDAS DO CÔNJUGE) R\$ _____,00 ORIGEM OUTRAS RENDAS AUTÔNOMO PROPRIETÁRIO FUNCIONÁRIO PÚBLICO TELEFONE COMERCIAL (DDD / NÚMERO) _____ RAMAL _____ PROFISSÃO _____

EMPRESA ANTERIOR _____

TELEFONE COMERCIAL (DDD / NÚMERO) _____ RAMAL _____

OUTRAS INFORMAÇÕES

NOME A SER IMPRESSO NO CARTÃO _____

EMAIL _____

SEGUROS QUE DESEJA ADERIR PERDA E ROUBO - PROTEÇÃO EM CASO DE ROUBO, FURTO OU PERDA DO CARTÃO RENDA PROTEGIDA MAIS VIDA - PROTEÇÃO PARA DESEMPREGO OU PERDA DE RENDA POR INVALIDEZ OU MORTE (CESTA BÁSICA E ASSISTENCIAL)

ESCOLHA A DATA DO VENCIMENTO DA SUA FATURA 01 05 07 12 15 18 20 23 25 28

CARTÕES QUE POSSUI VISA MASTERCARD DINERS AMERICAN EXPRESS OUTROS

DADOS DO CÔNJUGE

NOME COMPLETO _____ CPF/CIC _____

RG / Nº DOC IDENTIDADE _____ DATA DE NASCIMENTO _____ GRAU DE INSTRUCAO 1 - ATÉ 1º GRAU COMPLETO 3 - SUPERIOR COMPLETO 2 - ATÉ 2º GRAU COMPLETO 4 - OUTROS

EMPRESA ONDE TRABALHA _____

SALÁRIO MENSAL (NÃO INCLUIR OUTRAS RENDAS) _____ TELEFONE COMERCIAL (DDD / NÚMERO) _____ RAMAL _____ PROFISSÃO _____

DADOS DO CARTÃO ADICIONAL *

NOME COMPLETO _____ GRAU DE PARENTESCO 1 - PAI 3 - FILHO 5 - OUTROS 2 - MÃE 4 - ESPOSO

DATA DE NASCIMENTO _____ CPF/CIC _____ RG / DOC IDENTIDADE _____ ORGAO EMISSOR _____ SEXO M F

NACIONALIDADE _____ ESTADO CIVIL 1 - CASADO 3 - VIUVO 5 - SEPARADO 2 - SOLTEIRO 4 - DIVORCIADO 6 - OUTROS PROFISSÃO _____

NOME DO ADICIONAL A SER IMPRESSO NO CARTÃO _____

REFERÊNCIA PESSOAL

PESSOAL (1) - NOME COMPLETO _____

PESSOAL (2) - NOME COMPLETO _____

TELEFONE PESSOAL 1 (DDD / NÚMERO) _____ RAMAL _____ TELEFONE PESSOAL 2 (DDD / NÚMERO) _____ RAMAL _____

REFERÊNCIA BANCÁRIA

BANCO _____ NOME DO BANCO _____

Nº AGÊNCIA _____ Nº CONTA CORRENTE _____ CHEQUE ESPECIAL? SIM NÃO

Após assinar esta proposta, declaro exatos e verdadeiros os dados acima, nada tendo a opor quanto a utilização destes pelo Banco Triângulo S.A (Tribanco) ou por terceiros por este designados para fins administrativos, de marketing e conferência. Tenho ciência de que a emissão do cartão está condicionada à análise de crédito pelo Tribanco. Declaro ainda, neste ato, conhecer e ter aceito os termos e condições do Contrato com o Associado, registrado em 25 de março de 2011 no Ofício de Registro de Títulos e Documentos e Registro Civil de Pessoas Jurídicas de Uberlândia, Minas Gerais, sob o nº 3180169.

LOCAL _____ DATA _____ ASSINATURA PROPONENTE _____

DADOS EXCLUSIVOS DO LOJISTA

NOME DO FUNCIONÁRIO / CONTATO _____ ASSINATURA DO GERENTE DA LOJA / RESPONSÁVEL + CARIMBO DA LOJA _____

Declaro que conferi os documentos apresentados com os originais correspondentes.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA CONFIRMAÇÕES / DOCUMENTOS _____

IMPORTANTE: Anexe cópia de comprovante de renda e residência atualizado. Serão necessários também cópias de RG e CPF. As cópias dos documentos não serão devolvidas.

*O cartão adicional está sujeito a prévia aprovação e somente poderá ser solicitado para maiores de 16 anos.

PARA USO DA PROCESSADORA

Confirmação das Fontes de Informação/Documentos

SERASA SPC Referências confirmadas Nomes/Telefones consultados
Sim Não Sim Não Sim Não _____

Observações

Responsável

Local _____ Data ____/____/____ Nome e Assinatura _____

PARA USO EXCLUSIVO DO VAREJISTA

Tipo de cartão: Super Compras Smart Fácil FarmaPlus Outros _____

Declaração:

Declaro que conferi os documentos apresentados com os originais correspondentes.

Carimbo com CNPJ da Loja

Data do Preenchimento

Assinatura do Gerente/Responsável

ENVIO DA PROPOSTA

APÓS O PREENCHIMENTO, ENTREGAR NO ESTABELECIMENTO DE ONDE RETIROU A PROPOSTA, JUNTAMENTE COM OS DOCUMENTOS. AS CÓPIAS DOS DOCUMENTOS NÃO SERÃO DEVOLVIDAS.

Central de Atendimento ao Cliente

Capitais e regiões metropolitanas*: 3003 3099

Demais localidades: 0800 722 3099

* Não há necessidade de discar código de área. Custo de ligação local.

Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, utilize a Ouvidoria: 0800 727 4017