

TERMO DE ADESÃO



| Nome da Cooperativa SICREDI SERRANA | | | | |
|--|---|-------------------------|--|--|
| DADOS DO TITULAR DO CARTÃO | | | | |
| Nome Completo GRASIELE GOMES PAZ | | Produto MÚLTIPLO DÉBITO | | |
| CPF/CNPJ 01445579081 Unidade d | le Atendimento 03 | Conta 354856 | | |
| DADOS DO CARTÃO | | | | |
| Nome no Cartão Titular GRASIELE GOMES PAZ | | | | |
| Adicional 1 | Nasc. | CPF/CNPJ | | |
| Adicional 2 | Nasc. | CPF/CNPJ | | |
| Adicional 3 | Nasc. | CPF/CNPJ | | |
| Adicional 4 | Nasc. | CPF/CNPJ | | |
| Dia de Vencimento da Fatura 10 | | | | |
| Endereço de Correspondência CARLOS BARBOSA | | Número 110 Complem. | | |
| Bairro CENTRO Cidade VERANOPO | DLIS | UF RS CEP 95330000 | | |
| CONDIÇÕES GERAIS | | | | |
| Esta Proposta é vinculada ao contrato registrado em Cartório de Registros de Títulos e Documentos, cuja cópia V.Sa. receberá após a aprovação desta proposta, junto com recebimento dos seus cartões. O Contrato entra em vigor na data da aceitação manifestada por V.Sa. com a assinatura dos recibos de entrega dos cartões, ou por outra forma prevista em contrato. 2 - Autorizo o SICREDI, nos termos da Resolução BACEN no.2.724, de 31.05.2000, a consultar as informações consolidadas relativas a minha pessoa física e/ou jurídica, constantes no Sistema Central de Risco de Crédito do BACEN. 3 - Autorizo ainda, o SICREDI a fornecer informações sobre operações de crédito com ele realizadas, no sentido de compor o cadastro do já citado sistema. Os presentes dados são verdadeiros e visam facilitar os processos de negociação e transações comerciais, pela antecipação de informações a meu respeito. 4 - Ciente da responsabilidade criminal e civil, declaro que as informações prestadas são a expressão da verdade e que autorizo a emissão do cartão escolhido adequado a minha capacidade de crédito analisada pelo SICREDI. OBSERVAÇÃO: A aprovação de sua solicitação está sujeira a análise do SICREDI. | | | | |
| VERANOPOLIS, 13 de Agosto de 2010 | | | | |
| Loca | I / Data | | | |
| Assinatura do Titular / Contratante | , | Representante Legal | | |
| ESPAÇO PARA USO EXCLUSIVO DO SICREDI | | | | |
| Processado por | - | Vendedor | | |
| Visto / Assinatura | | | | |

SID 2025 - 05/2008 OUVIDORIA SICREDI: 0800 846 2519



SID 2025 - 05/2008

TERMO DE ADESÃO



| Nome da Cooperativa SICREDI SERRANA | | | | |
|---|--|-------------------------|--|--|
| DADOS DO TITULAR DO CARTÃO | | 6684283 | | |
| Nome Completo GRASIELE GOMES PAZ | | Produto MÚLTIPLO DÉBITO | | |
| CPF/CNPJ 01445579081 | Unidade de Atendimento 03 | Conta 354856 | | |
| DADOS DO CARTÃO | | | | |
| Nome no Cartão Titular GRASIELE GOMES PAZ | | | | |
| Adicional | Nascimento | CPF/CNPJ | | |
| Adicional | Nascimento | CPF/CNPJ | | |
| Adicional | Nascimento | CPF/CNPJ | | |
| Adicional | Nascimento | CPF/CNPJ | | |
| Dia de Vencimento da Fatura 10 | | | | |
| Endereço de Correspondência CARLOS BARBO | DSA | Número 110 Complem. | | |
| Bairro CENTRO Cidad | de VERANOPOLIS | UF RS CEP 95330000 | | |
| CONDIÇÕES GERAIS | | | | |
| prevista em contrato. 2 - Autorizo o SICREDI. nos termos da Resolução BACEN no.2.724, de 31.05.2000, a consultar as informações consolidadas relativas a minha pessoa física e/ou jurídica, constantes no Sistema Central de Risco de Crédito do BACEN. 3 - Autorizo ainda, o SICREDI a fornecer informações sobre operações de crédito com ele realizadas, no sentido de compor o cadastro do já citado sistema. Os presentes dados são verdadeiros e visam facilitar os processos de negociação e transações comerciais, pela antecipação de informações a meu respeito. 4 - Ciente da responsabilidade criminal e civil, declaro que as informações prestadas são a expressão da verdade e que autorizo a emissão do cartão escolhido adequado a minha capacidade de crédito analisada pelo SICREDI. OBSERVAÇÃO: A aprovação de sua solicitação está sujeita a análise do SICREDI. | | | | |
| VERANOPOLIS, 9 de Junho de 2010 | | | | |
| Local / Data | | | | |
| Quasule Grames Par Assiratura do Titular / Contribunite | | Representante Legal | | |
| | | | | |
| ESPAÇO PARA USO EXCLUSIVO DO SIGRED | Management of the second of th | | | |
| Processado por Visto / Assinatura | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | Vendedor | | |
| - | | | | |

OUVIDORIA SICREDI: 0800 646 2519