

DADOS PESSOAIS									
Nome								CPF	
Data de nascimento		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Estado civil do proponente <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)/companheiro(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a)			Naturalidade (cidade natal)		UF
Nacionalidade			Escolaridade <input type="checkbox"/> 1º grau incompleto <input type="checkbox"/> 1º grau completo <input type="checkbox"/> 2º grau incompleto <input type="checkbox"/> 2º grau completo <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo						
Número de dependentes <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ou mais		Carteira de identidade (RG)		Órgão emissor		Data de emissão		UF	
Nome da mãe									
Nome do pai								Número de filhos <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ou mais	
Nome do(a) filho(a)								Data de nascimento	
Nome do(a) filho(a)								Data de nascimento	
Nome do(a) filho(a)								Data de nascimento	
Cartões de crédito <input type="checkbox"/> Cartão de crédito nacional <input type="checkbox"/> Cartão de crédito internacional <input type="checkbox"/> Cartão de crédito gold <input type="checkbox"/> Cartão de empréstimo <input type="checkbox"/> Cartão de débito <input type="checkbox"/> Cartão de loja <input type="checkbox"/> Outros									
DADOS PESSOAIS DO CÔNJUGE									
Nome								Data de nascimento	
CPF		Profissão							
DADOS RESIDENCIAIS									
DDD		Telefone celular		E-mail					
CEP		Endereço residencial							Número
Complemento		Bairro			Cidade			Estado	
Tipo de residência		Sem desembolso: <input type="checkbox"/> Com pais <input type="checkbox"/> Com parentes <input type="checkbox"/> Própria quitada Com desembolso: <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Própria não quitada <input type="checkbox"/> Outros			Tempo de residência <input type="checkbox"/> Até 6 meses <input type="checkbox"/> De 7 a 12 meses <input type="checkbox"/> De 1 a 2 anos <input type="checkbox"/> De 2 a 3 anos <input type="checkbox"/> De 3 a 4 anos <input type="checkbox"/> Mais de 4 anos				
DDD		Telefone residencial		Tipo de telefone <input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Alugado <input type="checkbox"/> Recado			Nome do contato		
								Endereço para correspondência <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial	
DADOS PROFISSIONAIS									
Empresa						Tempo de serviço <input type="checkbox"/> De 3 a 6 meses <input type="checkbox"/> De 7 a 12 meses <input type="checkbox"/> De 1 a 2 anos <input type="checkbox"/> De 2 a 3 anos <input type="checkbox"/> De 3 a 4 anos <input type="checkbox"/> Mais de 4 anos			
Profissão				Salário/Renda		DDD		Telefone comercial	
Ramal									
Natureza da ocupação		<input type="checkbox"/> Aposentado/pensionista <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Dona de casa <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Funcionário público <input type="checkbox"/> Funcionário privado <input type="checkbox"/> Profissional liberal <input type="checkbox"/> Outros							
CEP		Endereço		Cidade			Número		
Complemento		Bairro			Cidade			Estado	
Comprovante de renda <input type="checkbox"/> Fatura de cartão de crédito <input type="checkbox"/> Holerite de grande porte <input type="checkbox"/> Holerite verde <input type="checkbox"/> Cartão de crédito <input type="checkbox"/> Cartão de débito <input type="checkbox"/> Outros									
REFERÊNCIAS									
Referência 1		DDD		Telefone		Ramal		Grau de parentesco	
								<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Amigo(a)	
Referência 2		DDD		Telefone residencial		Ramal		Grau de parentesco	
								<input type="checkbox"/> Parente <input type="checkbox"/> Vizinho(a) <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Amigo(a)	
Referência bancária – Tipo de conta				Banco					
<input type="checkbox"/> Conta-corrente com cheque <input type="checkbox"/> Conta-corrente sem cheque <input type="checkbox"/> Conta-poupança <input type="checkbox"/> Não possui									
CARTÃO ADICIONAL									
Nome – Cartão Adicional		CPF		Data de nascimento		Grau de parentesco		<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Imão(ã) <input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nome – Cartão Adicional		CPF		Data de nascimento		Grau de parentesco		<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Imão(ã) <input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nome para impressão no cartão titular				Tipo de prioridade <input type="checkbox"/> Preferencial <input type="checkbox"/> Normal					
OVER LIMIT									

☐ Estou de acordo que, se eu utilizar um valor maior que o meu Limite de Crédito, estarei sujeito a cobrança de Tarifa de Avaliação Emergencial de Crédito.

Local e data: _____ Assinatura: _____

SEGUROS*

- ☐ Proteção Perda e Roubo – R\$ 2,00 ☐ Proteção Total (Perda e Roubo + Dívida Familiar) – R\$ 3,99
- ☐ Proteção Total Farmácia – R\$ 4,99

- ☐ Sim, eu quero a tranquilidade dos produtos assinalados acima, conforme as principais características do seguro que me foram entregues. Estou ciente que as Condições Gerais, na íntegra, que regem esse seguro constam no site: www.bradescard.com.br
- ☐ Não, eu não quero a tranquilidade das proteções oferecidas no quadro acima.

Local e data: _____ Assinatura: _____

*O prêmio relativo à cobertura de Perda e Roubo, contido nos planos disponíveis nesta proposta, será automaticamente cobrado por cartão adicional, sendo R\$ 2,00 por cartão. Dívida Familiar – Processo Susep: 005.131/00. Acidentes Pessoais – Processo Susep: 15414.004218/2007-23. Perda e Roubo de Cartões – Processo Susep: 15414.100915/2004-61. Seguradora Líder: Tóquio Marine Seguradora S.A. – CNPJ: 33.164.021/0001-00. Cosseguradora: Bradesco Vida e Previdência S.A. – CNPJ: 51.990.695/0001-37. Cosseguradora: Bradesco Auto/RE Companhia de Seguros – CNPJ: 92.682.038/0001-00. ibi Corretora de Seguros Ltda, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 56.348.618/0001-00. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

SIM, EU QUERO O CARTÃO ASSINALADO ABAIXO

☐ Cartão BradesCard MasterCard Nacional

Anuidade diferenciada titular: 12x de R\$ 8,90
(1º ano: 12x de R\$ 6,90)

Anuidade diferenciada adicional: 12x de R\$ 3,90
(1º ano: 12x de R\$ 2,90)

☐ Cartão BradesCard MasterCard Internacional

Anuidade diferenciada titular: 12x de R\$ 9,90
(1º ano: 12x de R\$ 7,90)

Anuidade diferenciada adicional: 12x de R\$ 4,90
(1º ano: 12x de R\$ 3,90)

☐ Cartão BradesCard ELO Nacional

Anuidade diferenciada titular: 12x de R\$ 6,90 (1º ano: 12x de R\$ 4,90)

Anuidade diferenciada adicional: 12x de R\$ 3,90 (1º ano: 12x de R\$ 2,90)

ESCOLHA A DATA DE VENCIMENTO DA SUA FATURA

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 6

☐ 7

☐ 8

☐ 11

☐ 12

☐ 13

☐ 16

☐ 17

☐ 18

☐ 21

☐ 22

☐ 23

☐ 24

☐ 25

☐ 26

☐ 27

Aceito receber comunicações do emissor do cartão e de seus parceiros por e-mail: ☐ Sim ☐ Não

Aceito receber comunicações do emissor do cartão e de seus parceiros por SMS: ☐ Sim ☐ Não

Ao assinar este Termo de Adesão, estou aderindo a todas as cláusulas, condições e obrigações constantes do Regulamento de Utilização dos Cartões de Crédito BradesCard Empresarial emitidos pelo Banco BradesCard S.A., datado de 23/09/2011 e registrado sob o nº 619.908, no Cartório de Registro de Títulos e Documentos de Barueri, cuja cópia me foi previamente fornecida, que li e com a qual concordo, para todos os fins e efeitos de direito. Declaro ainda que estou de acordo com o conteúdo deste Termo, e responsabilizo-me pela veracidade das informações aqui prestadas, bem como pela utilização do(s) cartão(ões) adicional(ais) por mim indicado(s) neste Termo ou futuramente, conforme as condições previstas no mencionado contrato.

Caso você não pague a sua fatura ou pague parte dela, o Banco BradesCard financiará a parcela do produto financeiro, com os encargos e multas previstos e em conformidade com o contrato de administração do cartão MasterCard/Visa. Esse valor será incluído no saldo devedor do cartão MasterCard/Visa. E caso você deixe de pagar a sua fatura por mais de 50 (cinquenta) dias, o seu produto será cancelado.

Local e data

Assinatura do consumidor

Assinatura do supervisor

Autorizo e concordo que o emissor possa, a meu respeito, trocar informações creditícias, cadastrais e financeiras entre as empresas pertencentes à Organização Bradesco.

Local e data

Assinatura

CENTRAL DE ATENDIMENTO – ELO

Principais capitais e regiões metropolitanas: 3003 1245 • Demais localidades: 0800 726 1245 • SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente: 0800 721 1506 • Deficiência Auditiva: 0800 721 1508

CENTRAL DE ATENDIMENTO – MASTERCARD

Principais capitais e regiões metropolitanas: 4004 7332 • Demais localidades: 0800 701 7332 • SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente: 0800 721 1506 • Deficiência Auditiva: 0800 721 1508

Informações da loja

Número da loja: _____

Nome do promotor: _____