

## SOLICITAÇÃO DE SAQUE VIA CARTÃO DE CRÉDITO

TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO CARTÃO DE CRÉDITO PAN



		Contrato No:	
DADOS PESSOAIS			
Nome do(a) Titular:			
RG n.°:		CPF/MF n.°:	
Cartão n.º:			
DADOS FUNCIONA	AIS (Preencher somente s	e Cartão de Crédito Consig	nado)
Fonte Pagadora:		.0	
Secretaria/Departamen	to/Setor:	Matrícula n.º:	
DADOS BANCÁRIO	S DO(A) TITULAR:		
Nome do Banco:	Nº do Banco:	Nº da Agência:	Nº da Conta:

Autorizo o **BANCO PAN S.A.**, em caráter irrevogável e irretratável, a transferir o valor abaixo indicado, referente ao limite de saque que possuo no Cartão de Crédito supracitado, para a Conta Corrente de minha titularidade, acima indicada.

Declaro que tomei conhecimento prévio do Custo Efetivo Total (CET) desse saque à vista, do qual concordo e ratifico por meio do presente documento.

CET – CUSTO EFETIVO TOTAL					
Valor do Saque*:	%	Taxa de Juros mensal:	% a.m		
Tarifa de Cadastro:	%	Juros Anuais:	% a.a		
IOF Financiado:	%	IOF:	% a.a		
Valor Total do Crédito	%	IOF adicional:	% a.a		
CET		% ao ano	% ao mês		

<sup>\*</sup>Valor igual ou inferior ao limite de saque, podendo ser inferior ao valor ora solicitado. Limite sujeito à aprovação cadastral e demais condições do produto.

Local/Data	Assinatura do Cliente	
PARA USO INTERNO:		
CPF do Operador:	Correspondente:	

CAC – Central de Atendimento ao Cliente: para consultas e solicitações sobre contratos vigentes:

Capitais e Regiões Metropolitanas: 4003-0101 Demais Localidades: 0800-888-0101

De segunda a sábado das 08h as 22h00, inclusive aos feriados (exceto para Perda e Roubo e Aviso Viagem: segunda a domingo – 24 horas).

SAC – Serviço de Atendimento ao Consumidor: para reclamações, cancelamentos, sugestões, elogios e informações sobre produtos ou serviços, ligue: 0800-776-8000 Atendimento Deficiente Auditivo e de fala: 0800-776-2200.

Diariamente, 24 horas.

**OUVIDORIA**: caso não esteja satisfeito com a solução: 0800 776 9595 - 2ª a 6ª, das 9h as 18h.

## INTERNET:

www.bancopan.com.br