

FICHA DE CADASTRO UNIFICADO COM AUTORIZAÇÃO PARA LIQUIDAÇÃO DE CRÉDITO CONSIGNADO

☐ Consignado Privado ☐ Consignado Público ☐ INSS

Nº da Cédula:		Valor Crédito/ Financiamento (R\$):	
CPF/MF:	Nº do Benefício:	Espécie do Benefício:	
Correspondente:		Data do Cadastro: / /	
Filial:		Cidade/ UF Filial:	
1. DADOS PESSOAIS			
Mutuário/ Financiador:		Data do Nascimento: / /	
Identidade:	Data da Emissão: / /	Orgão Emissor:	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Outros		
Filiação - Pai:		Mãe:	
Naturalidade:	UF:	Nacionalidade:	
Tel Res: ()		Tel Cel: ()	
Endereço Residencial:		Complemento:	
Bairro:	CEP:	Cidade:	UF:
Tipo Residência: <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Outros			
Valor do Imóvel:		Tempo de residência:	
2. DADOS PROFISSIONAIS (inaplicável ao INSS)			
Orgão Público/ Empresa:		CNPJ/ MF:	
Profissão:		Cargo:	
Endereço Com.:		Complemento:	Tel/ Ramal:
CEP:	Cidade:	UF:	Admissão:
Tempo de Serviço: ANOS MESES	Envio de Correspondência: <input type="checkbox"/> Res. <input type="checkbox"/> Com. <input type="checkbox"/> Outros		
CEP (Outros):	Endereço (Outros):		
3. DADOS DO CRÉDITO			
Data da Liberação:	Coeficiente:	Venc. da 1ª Parcela: / /	
Venc. da Última Parcela: / /	Valor Líquido do Crédito:		
Valor Total do Crédito:	Quant. de Parcelas:	Valor da Parcela:	
4. DADOS BANCÁRIOS			
Banco:	Agência:	Conta:	
5. CET - CUSTO EFETIVO TOTAL DA OPERAÇÃO			
Taxa de Juros Anual:	Taxa de Juros Mensal:	CET - Custo Efetivo Total:	
Pagamentos Autorizados:			

Responsabilizo-me pela exatidão das informações prestadas à vista do original do documento de identificação, CPF e outros comprobatórios dos demais elementos de informação apresentados, sob pena de aplicação no disposto no Art. 19 da Lei 7.492 de 16/06/1986. Ademais, autorizo expressamente a divulgação e encaminhamento de documentos relativos à presente operação e informações, inclusive cadastrais, para efeitos de cobrança extrajudicial e judicial, bem como para a consulta / envio de meus dados e / ou operações junto a outras instituições financeiras, órgãos de proteção de crédito (SPC e SERASA) e Central de Risco do Banco Central do Brasil.

Autorizo ainda o pagamento dos serviços prestados, inclusive por terceiros, tributos e outros custos presentes na operação, relacionados no campo "Pagamentos Autorizados", os quais compõem o CET – Custo Efetivo Total.

6. DADOS PARA PAGAMENTO DE DÍVIDA EXISTENTE

Instituição:	Valor - R\$:	Contrato nº:
Forma:		
<input type="checkbox"/> Promotora	<input type="checkbox"/> Cheque Administrativo	<input type="checkbox"/> Boleto
<input type="checkbox"/> DOC/ TED	Banco Agência	C/C
Instituição:	Valor - R\$:	Contrato nº:
Forma:		
<input type="checkbox"/> Promotora	<input type="checkbox"/> Cheque Administrativo	<input type="checkbox"/> Boleto
<input type="checkbox"/> DOC/ TED	Banco Agência	C/C
Instituição:	Valor - R\$:	Contrato nº:
Forma:		
<input type="checkbox"/> Promotora	<input type="checkbox"/> Cheque Administrativo	<input type="checkbox"/> Boleto
<input type="checkbox"/> DOC/ TED	Banco Agência	C/C
Instituição:	Valor - R\$:	Contrato nº:
Forma:		
<input type="checkbox"/> Promotora	<input type="checkbox"/> Cheque Administrativo	<input type="checkbox"/> Boleto
<input type="checkbox"/> DOC/ TED	Banco Agência	C/C

Autorizo a BV Financeira S.A. CFI/ Banco Votorantim S.A. a efetuar pagamento em meu nome, conforme descrito no item 06, esclarecendo que quaisquer despesas, tarifas e tributos decorrentes da presente solicitação deverão ser abatidos do valor total do empréstimo/financiamento por mim requerido junto à BV Financeira S.A. CFI/ Banco Votorantim S.A. antes do desembolso.

Declaro estar ciente de que em caso de impossibilidade de quitação da dívida acima mencionada, o empréstimo/financiamento requerido junto à BV Financeira S.A. CFI/ Banco Votorantim S.A. poderá ser cancelado por falta de margem para consignação dos valores em folha de pagamento.

Local e Data

Assinatura do Cliente

Promotora

Considerando ser o Emitente analfabeto ou portador de necessidades especiais, as testemunhas abaixo declaram que as cláusulas e condições do presente documento foram lidas em voz alta e, sendo o Emitente questionado sobre sua compreensão, declarou seu entendimento.

Testemunhas: _____

Nome:
CPF:Nome:
CPF: