


Nº ADE	TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO A DADOS		FINANCEIRA 
Eu, _____, CPF nº _____, para apoiar a contratação/simulação do empréstimo consignado, cartão de crédito consignado e cartão consignado de benefícios do INSS, a fim de subsidiar a proposta do Banco Credor/Instituição Consignatária Acordante, autorizo o INSS/Dataprev a disponibilizar os:			
1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO			
1. Nome 2. CPF 3. Data de Nascimento			
2 – DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO			
1. Nome 2. CPF 3. Data Fim da Representação			
3 – DADOS DO BENEFÍCIO			
1. Número do Benefício 2. Situação do Benefício 3. Espécie do Benefício 4. Indicação de que o Benefício foi Concedido por Liminar 5. Data de Cessação do Benefício – DCB (se houver) 6. Possui Representante Legal		7. Possui Procurador 8. Possui Entidade Representação 9. Pensão Alimentícia 10. Bloqueado para Empréstimo 11. Data da última Perícia Médica 12. Data do Despacho do Benefício – DDB	
4 – DADOS DO PAGAMENTO DO BENEFÍCIO			
1. UF de pagamento 2. Tipo de Crédito (Cartão ou Conta-Corrente) 3. Indicação da Instituição Financeira que paga o benefício 4. Agência Pagadora 5. Conta-Corrente onde o benefício é pago 6. Margem Consignável Disponível 7. Margem Consignável Disponível para Cartão		8. Valor Limite para Cartão 9. Quantidade de contratos ativos/suspensos/reservados 10. Data da Consulta 11. Elegível para empréstimo 12. Data da extinção da cota do dependente titular 13. Valor líquido	
Este termo autoriza esta instituição acordante a consultar as informações acima descritas pelo período de 30 (trinta) dias, e qualquer utilização deste, para outros fins, incorrerá nas sanções previstas na Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD).			
Este pedido será efetuado pela instituição consignatária acordante em até 45 (quarenta e cinco) dias, após a assinatura deste instrumento.			
Local e data _____, _____ de _____ de 20____.		Assinatura do Emitente	
Assinatura Eletrônica			
Assinatura da Testemunha 1		Assinatura da Testemunha 2	
SAC BRB 0800 648 6161 / SAC-PNE Atendimento via chat / Ouvidoria BRB 0800.642.1105			

Nº ADE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO A DADOS

FINANCEIRA
BRB

Declaração se analfabeto ou impedido de assinar:

Declaro que ouvi atentamente a leitura desta Cédula, na presença das testemunhas abaixo, tendo compreendido seu conteúdo e estando ciente das condições e obrigações que assumi na presente operação a rogo do(a) CLIENTE EMITENTE, assina o rogado:

Nome:

CPF:

**Polegar Direito
Emitente**

Testemunhas:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:

Assinatura Eletrônica:

