

E-MAILS DE CONTATO – BANCO DAYCOVAL		Negócio – Roteiro Operacional Correspondente		
MESA DE ANÁLISE	cartaoliberacao@bancodaycoval.com.br	<input type="checkbox"/> Empréstimo	<input checked="" type="checkbox"/> Cartão	<input type="checkbox"/> Crédito C/C
SUORTE AO CORRESPONDENTE	suporteacorrespondente@bancodaycoval.com.br	<b>Versão: 35.0</b>		
PÓS VENDA	cartaochecagem@bancodaycoval.com.br			
Implantação:	02/07/2008	<input type="checkbox"/> Prefeitura	<input type="checkbox"/> Governo	<input type="checkbox"/> Ministérios
Atualização:	11/10/2019	<input type="checkbox"/> Tribunal	<input type="checkbox"/> Previdência	<input checked="" type="checkbox"/> Federal

RESUMO DAS INFORMAÇÕES															
<b>Data de Corte</b>	DIA 23														
<b>Público Alvo</b>	APOSENTADOS E PENSIONISTAS DO INSS, DE ACORDO COM A RELAÇÃO DE BENEFÍCIO CONSIGNÁVEL.														
	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>PENSÃO POR MORTE: ESPÉCIE 21</b></li> </ul>														
	<b>IDADE:</b> 30 ANOS ATÉ 43 ANOS 11 MESES E 29 DIAS – APROVAÇÃO MEDIANTE A DATA DE CONCESSÃO DA PENSÃO X PRAZO TERMINO DO CONTRATO (MEDIANTE TABELA REGRA DE CONCESSÃO DO INSS – TABELA ABAIXO) O TÉRMINO DO CONTRATO PRECISA ESTAR DENTRO DO PRAZO DE RECEBIMENTO DA PENSÃO.														
	<b>IDADE:</b> A PARTIR DE <u>44 ANOS COMPLETOS</u>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Idade do dependente na data do óbito</th> <th>Duração máxima do benefício ou cota</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>menos de 21 (vinte e um) anos</td> <td>3 (três) anos</td> </tr> <tr> <td>entre 21 (vinte e um) e 26 (vinte e seis) anos</td> <td>6 (seis) anos</td> </tr> <tr> <td>entre 27 (vinte e sete) e 29 (vinte e nove) anos</td> <td>10 (dez) anos</td> </tr> <tr> <td>entre 30 (trinta) e 40 (quarenta) anos</td> <td>15 (quinze) anos</td> </tr> <tr> <td>entre 41 (quarenta e um) e 43 (quarenta e três) anos</td> <td>20 (vinte) anos</td> </tr> <tr> <td>a partir de 44 (quarenta e quatro) anos</td> <td>Vitalício</td> </tr> </tbody> </table>	Idade do dependente na data do óbito	Duração máxima do benefício ou cota	menos de 21 (vinte e um) anos	3 (três) anos	entre 21 (vinte e um) e 26 (vinte e seis) anos	6 (seis) anos	entre 27 (vinte e sete) e 29 (vinte e nove) anos	10 (dez) anos	entre 30 (trinta) e 40 (quarenta) anos	15 (quinze) anos	entre 41 (quarenta e um) e 43 (quarenta e três) anos	20 (vinte) anos	a partir de 44 (quarenta e quatro) anos	Vitalício
	Idade do dependente na data do óbito	Duração máxima do benefício ou cota													
	menos de 21 (vinte e um) anos	3 (três) anos													
	entre 21 (vinte e um) e 26 (vinte e seis) anos	6 (seis) anos													
	entre 27 (vinte e sete) e 29 (vinte e nove) anos	10 (dez) anos													
	entre 30 (trinta) e 40 (quarenta) anos	15 (quinze) anos													
entre 41 (quarenta e um) e 43 (quarenta e três) anos	20 (vinte) anos														
a partir de 44 (quarenta e quatro) anos	Vitalício														
AS PENSÕES ADQUIRIDAS ANTERIOR A PUBLICAÇÃO DA <u>LEI Nº 13.135 DE 17/06/2015</u> , NÃO SOFRERÃO ALTERAÇÕES, PORTANTO AS ANÁLISES DEVERÃO OCORRER NORMALMENTE.															
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>APOSENTADORIA POR INVALIDEZ: ESPÉCIES 32</b></li> </ul>															
<b>IDADE 1:</b> A PARTIR DE 55 ANOS COMPLETOS ATÉ 59 ANOS E 11 MESES E COM MAIS DE 15 ANOS DE BENEFÍCIO															
<b>IDADE 2:</b> APROVAÇÕES DAS PROPOSTAS PARA CLIENTE A PARTIR DE 60 ANOS COMPLETOS															
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>APOSENTADORIA POR INVALIDEZ: ESPÉCIES 92</b></li> </ul>															
<b>IDADE 1:</b> A PARTIR DE 55 ANOS COMPLETOS ATÉ 59 ANOS E 11 MESES E COM MAIS DE 15 ANOS DE BENEFÍCIO															
<b>IDADE 2:</b> APROVAÇÕES DAS PROPOSTAS PARA CLIENTE A PARTIR DE 60 ANOS COMPLETOS															
<b>Obs.:</b> Idade e Valores inferiores ou superiores somente serão avaliados com prévia e expressa autorização do Banco Daycoval.															
<b>Servidores não aceitos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ CONCEDIDOS NAS REGRAS INTERNACIONAIS PARA SEGURADOS RESIDENTES NO EXTERIOR;</li> <li>➤ PAGOS POR INTERMÉDIO DE COOPERATIVAS DE CRÉDITOS QUE NÃO POSSUAM CONTRATOS PARA PAGAMENTO E ARRECADAÇÃO DE BENEFÍCIOS;</li> <li>➤ PAGOS A TÍTULO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA;</li> <li>➤ PAGOS POR INTERMÉDIO DE EMPRESAS CONVENIENTES;</li> <li>➤ ASSISTENCIAIS, INCLUSIVE AQUELES DECORRENTES DE LEIS ESPECIAIS;</li> </ul>														

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ RECEBIDOS POR MEIO DE REPRESENTANTE LEGAL DO SEGURADO (DEPENDENTES TUTELADOS OU CURATELADOS), MEDIANTE A APRESENTAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO JUDICIAL (CONFORME INCISO IV ART. 3º DA IN Nº 100 DE 28/12/2018);</li> <li>➤ PAGOS POR INTERMÉDIO DA EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS.</li> <li>➤ BENEFÍCIOS DE ESPÉCIES NÃO AUTORIZADOS.</li> <li>➤ NÃO SERÃO ACEITOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS REPRESENTADOS POR TERCEIROS, MESMO MEDIANTE APRESENTAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO JUDICIAL POR SEUS CURADORES OU TUTORES.</li> </ul>
Servidores que serão avaliados com prévia e expressa autorização do Banco Daycoval	➤ APOSENTADOS E PENSIONISTAS COM DECLARAÇÃO / ASSINATURA A ROGO.
Margem Consig. LEGAL	5%
Margem Consig. Daycoval	5%
Obtenção da Margem	TROCA DE ARQUIVO DATAPREV DIARIAMENTE NECESSÁRIO RETIRAR O EXTRATO DE PAGAMENTO DISPONÍVEL NO LINK <a href="https://www8.dataprev.gov.br/SipalINSS/pages/hiscre/hiscreInicio.xhtml">https://www8.dataprev.gov.br/SipalINSS/pages/hiscre/hiscreInicio.xhtml</a>
Forma de Averbação (RMC)	TROCA DE ARQUIVO VIA CONNECT DIRECT COM A DATAPREV
Portal de Consignação	NÃO SE APLICA
Link Portal Consignação	NÃO SE APLICA
Qtde. de Cartão por Servidor	1 CARTÃO POR BENEFÍCIO
Conta Salário para Liberação de Crédito Pré Saque	DIRETAMENTE NA CONTA CORRENTE BANCARIA DO BENEFICIÁRIO CONTRATANTE, PELA QUAL RECEBE O BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO, SEMPRE QUE ESTA SEJA A MODALIDADE PELA QUAL O BENEFÍCIO É PAGO.

## 1. POLITICA DE IDADE X VALORES

IDADE X VALOR	Início		
	21 ANOS COMPLETOS A 69 ANOS 11 MESES E 29 DIAS		R\$ 50.000,00
	70 ANOS COMPLETOS A 74 ANOS 11 MESES E 29 DIAS		R\$ 4.000,00

*Nota: Idade e Valores inferiores ou superiores somente serão avaliados com prévia e expressa autorização do Banco Daycoval.*

## 2. REGRAS DO PRODUTO

Central de Atendimento ao Cliente	<b>CAPITAL E REGIÕES METROPOLITANAS: 3004-5300</b> DEMAIS LOCALIDADES: 0800-721-5300 24 HORAS E 7 DIAS POR SEMANA
Desbloqueio do Cartão	ATRAVÉS DA CENTRAL DE ATENDIMENTO AO CLIENTE
Cartão Adicional	NÃO PERMITE
Data Vencimento da Fatura	DIA 10
Seguro Perda/Roubo	NÃO
Anuidade	NÃO SE APLICA
Taxa de Manutenção	NÃO SE APLICA
Saque	SIM
Limite de Saque	95% DO LIMITE
Tarifa de Saque Caixa Eletrônico	R\$ 15,00
Tarifa Tele Saque / Pré Saque / Saque Complementar	R\$ 0,00
Saque Parcelado	NÃO
Prazo de Entrega do Cartão	15 DIAS ÚTEIS
Cancelamento do Cartão	ATRAVÉS DA CENTRAL DE ATENDIMENTO AO CLIENTE.
Limite de Crédito	CALCULADO COM BASE NA RESERVA DE MARGEM CONSIGNADA. RMC X FATOR DE MULTIPLICAÇÃO DA RMC
Fator de Multiplicação	RMC x 27 (Exemplo: RMC R\$ 100,00 x 27 = Limite de R\$ 2.700,00)
Valor Mínimo de Limite	R\$ 600,00
Valor Máximo de Limite	R\$ 50.000,00
Aumento de Limite	NÃO SE APLICA
Redução de Limite	NÃO SE APLICA
Valor Mínimo para desconto	R\$ 30,00
Margem mínima para Concessão do Cartão	R\$ 22,22
Taxa de Juros* e Encargos por Atraso*	3,00% A.M.. <b>*Saque e transferências de dinheiro incidem cobrança de juros a partir da data de contratação.</b>
Fatura Mensal	RECEBIMENTO DA FATURA MENSAL COM RELAÇÃO A GASTOS DO MÊS E BOLETO BANCÁRIO PARA PAGAMENTOS COMPLEMENTARES DO SALDO REMANESCENTE.
Pagamento de Contas	NÃO, SERVIÇO ANDA NÃO DISPONÍVEL.
Prazo de Pagamento	PRAZO DE ATÉ 40 DIAS PARA PAGAR AS DESPESAS SEM JUROS DE ACORDO COM A DATA DA COMPRA

**3. MARGEM CONSIGNÁVEL**

CONFORME INSTRUÇÃO NORMATIVA INSS/PRES Nº 80, DE 14 DE AGOSTO DE 2015 - DOU DE 17/08/2015 OS CRITÉRIOS ESTABELECIDOS SÃO OS SEGUINTE:

§ 1º Os descontos de que tratam o caput não poderão exceder o limite de 35% (trinta e cinco por cento) do valor da renda mensal do benefício, considerando que o somatório dos descontos e/ou retenções não exceda, no momento da contratação, após a dedução das consignações obrigatórias e voluntárias:

- I - até 30% (trinta por cento) para as operações de empréstimo pessoal; e
- II - até 5% (trinta por cento) para as operações de cartão de crédito. (NR)"

**Detalhamento de Crédito**

Número do Benefício		Nome do Segurado			
Competência	Período a que se refere o crédito:			Pagamento através de:	
01/2013	01/01/2013	a	31/01/2013	CONTA CORRENTE	
Espécie					
21	PENSÃO POR MORTE PREVIDENCIARIA				
Banco	Agência bancária			Código do Banco	
CAIXA	BUTIA			288211	
Endereço do banco			Disponível para recebimento de:		
			06/02/2013	a	06/04/2013
<b>CRÉDITOS</b>					
Descrição das Rubricas					Valor
Mens. reajustada					678,00
<b>DÉBITOS</b>					
Consig. Emprest.					62,85
Consig. Emprest.					99,64
<b>Valor Bruto</b>		<b>Valor dos Descontos</b>		<b>Valor Líquido</b>	
678,00		162,49		515,51	

A MARGEM CONSIGNÁVEL DEVERÁ SER CALCULADA DE ACORDO COM O ÚLTIMO DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO CONFORME EXEMPLO ABAIXO: NO EXEMPLO ABAIXO.

**Cálculo sem RMC:**

Descrição	Exemplo
(A) Mens. Reajustada (vencimentos fixos)	R\$ 1.000,00
(B) Descontos Obrigatórios (compulsórios)	R\$ 150,00
(C) A – B	R\$ 850,00
(D) C x 5% = Margem Consignável	R\$ 42,50

**RUBRICAS CONSIDERADAS NO CALCULO: VERBAS QUE DEVEM SER CONSIDERADAS NA COMPOSIÇÃO DO SALÁRIO BRUTO E DESCONTOS OBRIGATÓRIOS PARA CALCULO DE MARGEM SÃO:**

Proventos	Descontos Compulsórios	Descontos Facultativos
Mens. Reajustada	I.R. ret. Fonte	Empréstimos
Compl. da M.R.	Deb. pens. alim.	
Salário família	Consignação	
Grat. ex-Comb.	I.R. no exterior	
FSA não trib.	Debito dif. I.R.	
Compl. acompan.	Desconto INSS	
Outras Vantagens	Contrib. COBAP	
Plansfer RFFSA	Contrib. CONTAG	
Dupla Atividade	Contrib. STFERJ	
Grat. Produt. ECT	Contrib. ASTRE	
Adic. Talidomida	Contrib. FORCA SIND	
	Contrib. CUT	
	Contrib. UNIDAS	
	Contrib. CGT	
	Contrib. SINDAPB	
	Imposto de Renda	

Qualquer situação divergente favor informar a área Implantação Operacional para verificação e, se for o caso, alteração desse RO.

#### 4. PROCESSO DE RESERVA E CONSULTA DE MARGEM CARTÃO – PORTAL DE CONSIGNAÇÃO

VIA ARQUIVO REMETIDO A DATAPREV ENVIO DIÁRIO.  
 PROPOSTAS DIGITADAS ATÉ AS 16:30 – ENVIO EM D+0.  
 PROPOSTAS DIGITADAS APÓS AS 16:30 – ENVIO EM D+1.

#### 5. PROCESSO DE ANÁLISE DE PROPOSTA

**CLIENTE:** DIRIGE-SE ATÉ A CORRESPONDENTE  
**CORRESPONDENTE:** SOLICITA AS DOCUMENTAÇÕES AO CLIENTE E EFETUA O CÁLCULO DE MARGEM.  
**CORRESPONDENTE:** DIGITA A PROPOSTA NO FUNÇÃO, Opção CONSIGNADO >> CARTÃO CONSIGNADO (DAYCOVAL).  
**BANCO:** REALIZA AS TROCAS DE ARQUIVO COM A DATAPREV.  
**BANCO (MESA DE CRÉDITO):** REALIZA AS ANÁLISES NECESSÁRIAS PARA CONTINUIDADE.  
**BANCO:** APÓS O RETORNO DA DATAPREV COM A INFORMAÇÃO DA INCLUSÃO REALIZA O PAGAMENTO DA PROPOSTA.

**OBS: OBRIGATORIAMENTE DEVERÁ SER INSERIDO NAS DOCUMENTAÇÕES PARA ANÁLISE, O “TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO DO CARTÃO DE CRÉDITO CONSIGNADO”**

#### 6. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA FORMALIZAÇÃO DO CONTRATO

- Termo de Adesão devidamente preenchido e assinado
- Ficha Cadastral (Cartão Crédito Consignado Daycoval)
- Autorização para Débito em Conta Corrente
- Comprovante de Endereço atualizado ou Declaração de Residência Padrão Banco Daycoval
- Solicitação e Autorização de Saque via Cartão de Crédito Consignado (quando a proposta for digitada na tabela de pre-saque)
- Carteira Nacional de Habilitação (CNH), Cópia do RG Civil ou Militar
- Detalhamento de Crédito Atualizado
- Código de autorização de consignação / Token emitida (o) pelo servidor (Portal do Servidor) para autorização da averbação
- TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO DO CARTÃO DE CRÉDITO CONSIGNADO
- Boletim ou fatura para quitação cartão de credito (*nos casos de compra de cartão*)

**Nota:** É de responsabilidade do Correspondente autorizado a entrega dos documentos citados acima ao BANCO DAYCOVAL em **Até 30 dias corridos da data da liberação do crédito, conforme estabelecido na SEÇÃO 3 – PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS em seu CONTRATO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CORRESPONDENTE NO PAÍS.**

\* Prazos superiores somente serão acatados com prévia e expressa autorização do Banco Daycoval”.

#### 7. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ANÁLISE DO CONTRATO

- Termo de Adesão devidamente preenchido e assinado
- Ficha Cadastral (Cartão Crédito Consignado Daycoval)
- Autorização para Débito em Conta Corrente
- Comprovante de Endereço atualizado ou Declaração de Residência Padrão Banco Daycoval
- Solicitação e Autorização de Saque via Cartão de Crédito Consignado (quando a proposta for digitada na tabela de pre-saque)
- Carteira Nacional de Habilitação (CNH), Cópia do RG Civil ou Militar
- Detalhamento de Crédito Atualizado
- Código de autorização de consignação / Token emitida (o) pelo servidor (Portal do Servidor) para autorização da averbação
- TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO DO CARTÃO DE CRÉDITO CONSIGNADO.
- Boletim ou fatura para quitação cartão de credito (*nos casos de compra de cartão*)

#### CONTATOS

SUORTE AO CORRESPONDENTE	0300-115-1234
SAC ATENDIMENTO AO CLIENTE	0300-111-0500

**8. INFORMAÇÕES IMPORTANTES****ATENÇÃO:**

1) Os beneficiários e/ou pensionistas terão os seus benefícios bloqueados para contratação de empréstimos e cartão de crédito consignados pelo prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados da sua concessão, assim, é expressamente proibido qualquer tipo de abordagem a esses clientes, através de realização de marketing ativo, incluindo ligações telefônicas, e-mails, SMS, mensagens eletrônicas enviadas por aplicativos e qualquer outro meio de publicidade que possa induzir os beneficiários a celebrarem operações de crédito.

2) A proibição de publicidade e oferta de produtos também se aplica aos beneficiários e/ou pensionistas que tenham solicitado a transferência do seu benefício por meio da Agência de Previdência Social (APS) ou instituição financeira pagadora, pelo prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data da respectiva transferência. Essa vedação se aplica, inclusive, se já houver decorrido o prazo indicado no Item 1 acima.

3) Outrossim, os beneficiários e/ou pensionistas, após o decurso do prazo de 90 (noventa) dias contados da data de concessão do benefício, poderão, por iniciativa própria, e desde que não tenha sido influenciado para isso, poderá desbloquear o seu benefício, através de serviço eletrônico com acesso autenticado, para contratação de operações de crédito.

4) AO FORMALIZAR A CONTRATAÇÃO DE CARTÃO DE CRÉDITO CONSIGNADO, V.SAS. DEVERÃO PROVIDENCIAR A ASSINATURA DO “TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO DO CARTÃO DE CRÉDITO CONSIGNADO” PELOS BENEFICIÁRIOS E/OU PENSIONISTAS. O RESPECTIVO TERMO É PARTE INTEGRANTE DO KIT DE CONTRATAÇÃO DO CARTÃO DE CRÉDITO.

O DESCUMPRIMENTO DAS INSTRUÇÕES ACIMA, DO CONTRATO DE CORRESPONDENTE E DOS MANUAIS OPERACIONAIS POR V.SAS, ENSEJARÃO NA APLICAÇÃO DAS SEGUINTE PENALIDADES:

- (I) SUSPENSÃO DOS ACESSOS DE V.SA. PARA FORMALIZAÇÃO DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO;
- (II) MULTA CORRESPONDENTE A 10% SOBRE O VALOR DAS REMUNERAÇÕES PAGAS DURANTES 12 MESES;
- (III) ARCAR COM TODAS AS PERDAS E DANOS INCORRIDOS PELO DAYCOVAL, INCLUSIVE SE RESPONSABILIZAR PELAS OPERAÇÕES FIRMADAS COM A INOBSERVÂNCIAS DAS INSTRUÇÕES ACIMA; (IV) RESCISÃO IMEDIATA DO CONTRATO DE CORRESPONDENTE NO PAÍS.

AS PENALIDADES ACIMA PODERÃO SER APLICADAS CUMULATIVAMENTE A EXCLUSIVO CRITÉRIO DO DAYCOVAL

Ao formalizar a contratação de Cartão de Crédito Consignado, V.Sas. deverão, obrigatoriamente, providenciar a assinatura do "Termo de Consentimento Esclarecido do Cartão de Crédito Consignado."

**9. ANEXO I – MODELO: TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO DO CARTÃO DE CRÉDITO CONSIGNADO (DOCUMENTO INTEGRANTE DO KIT DE CONTRATO)**

BancoDaycoval

**TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO DO CARTÃO DE CRÉDITO CONSIGNADO**

Em cumprimento à sentença judicial proferida nos autos da Ação Civil Pública nº 106890-28.2015.4.01.3700, 3ª Vara Federal da Seção Judiciária de São Luís/MA, proposta pela Defensoria Pública da União.

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, benefício nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado em \_\_\_\_\_, declaro, para os devidos fins

e sob as penas da lei, estar de ciência e de acordo que:

- (i) contratei um cartão de crédito consignado;
- (ii) fui informado que a realização de saque mediante a utilização do meu limite do Cartão de Crédito Consignado ensejará a incidência de encargos e que o valor do saque, acrescido destes encargos, constará na minha próxima fatura do cartão;
- (iii) a diferença entre o valor pago mediante consignação (desconto realizado diretamente na remuneração/benefício) e o total da fatura poderá ser paga por meio da minha fatura mensal, o que é recomendado pelo Banco Daycoval S.A, já que, caso a fatura não seja integralmente paga até a data de vencimento, incidirão encargos sobre o valor devido, conforme previsto na fatura;
- (iv) declaro ainda saber que existem outras modalidades de crédito, a exemplo do empréstimo consignado, que possuem juros mensais em percentuais menores;
- (v) estou ciente de que a taxa de juros do cartão de crédito consignado é inferior à taxa de juros do Cartão de Crédito convencional;
- (vi) sendo utilizado o limite parcial ou total de meu cartão de crédito, para saques ou compras, em uma única transação, o saldo devedor do cartão será liquidado ao final de até \_\_\_\_\_, contados a partir da data do primeiro desconto em folha, DESDE QUE: (a) eu não realize outras transações de qualquer natureza, durante todo o período de amortização projetado a partir da última utilização; (b) não ocorra a redução/perda da minha margem consignável de cartão; (c) os descontos através da consignação ocorram mensalmente, sem interrupção até o total da dívida; (d) eu não realize qualquer pagamento espontâneo via fatura; e (e) não haja alteração da taxa dos juros remuneratórios.

Para tirar dúvidas acerca do contrato ora firmado, inclusive sobre informações presentes neste Termo de Consentimento, o cliente poderá entrar em contato gratuitamente com o Banco Daycoval S.A através do Serviço de Atendimento ao Consumidor – SAC (nº 0800 775 0500) e de sua Ouvidoria (nº 0800 777 0900).

**TENHO CIÊNCIA QUE ESTOU  
 CONTRATANDO UM CARTÃO DE  
 CRÉDITO CONSIGNADO NAS  
 CONDIÇÕES ACIMA.**



Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do (a) Cliente: \_\_\_\_\_ 

Central de Serviços: 0300 111 0500  
 Central de Atendimento para Deficiente Auditivo: 0800 775 2005

V01\_19 – JAN/2019

SAC Daycoval: 0800 775 0500  
 Ouvidoria Banco Daycoval: 0800 777 0900

## 10. ANEXO II – FORMULÁRIOS DE ADESÃO CARTÃO DE CRÉDITO

Banco Daycoval

FICHA CADASTRAL

CARTÃO CRÉDITO CONSIGNADO DAYCOVAL

CPF		Nome					Data de Nasc.
Identidade (RG)	Data Emissão	Órgão Exp.	UF	Estado Civil	Sexo	Nacionalidade	Escolaridade
Nome da Mãe				E-mail			
CEP	Logradouro (Rua, Avenida, etc.)					Nº	
Complemento	Bairro	Cidade			UF		
Tel. Residencial		Tel. Comercial		Tel. Celular			
<b>Dados Profissionais / Benefício / Aposentadoria</b>							
Empregador / Empresa Averbadora		Órgão			Lotação		
Nº do Benefício / Matrícula / Registro		Data Admissão	Renda (R\$)		UF do Benefício (INSS)		
<b>Dados Bancários / Conta Salário</b>							
Nome do Banco da Conta Salário		Nº do Banco	Nº da Agência		Nº da Conta Corrente		

O CLIENTE autoriza expressamente o DAYCOVAL a: (a) trocar informações cadastrais, de créditos e débitos, com sistemas positivos e negativos de crédito, inclusive perante a SERASA – Centralização de Serviços de Bancos S.A. e SPC – Serviços de Proteção ao Crédito; (b) consultar todos os seus dados e informações constantes do Sistema de Informações ao Crédito (SCR) gerenciado pelo Banco Central do Brasil (BACEN), a qualquer tempo, inclusive quando, da elaboração e/ou atualização de seu cadastro, análise de limite ou contratação de quaisquer serviços e/ou operações; (c) fornecer ao BACEN informações sobre dívidas, obrigações, garantias de sua responsabilidade, em especial aquelas constantes decorrentes de operações contratadas com o DAYCOVAL, para inserção no Sistema de Informações de Crédito (SCR) e; (d) contatar-me por qualquer meio, inclusive telefônico, SMS e e-mail sem prejuízo do direito de cancelar esta autorização a qualquer tempo.

O CLIENTE concorda e se compromete a manter atualizadas suas informações cadastrais, devendo sempre informar, imediatamente e por escrito, qualquer alteração ao DAYCOVAL.

O CLIENTE declara para todos os fins, assumindo responsabilidade na esfera cível e criminal, que são verdadeiras todas as informações fornecidas para o preenchimento desta ficha cadastral.

**DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA: PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA**

Consideram-se Pessoas Politicamente Expostas (PPE's) os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos cinco anos (retroativos a esta data), no Brasil ou no Exterior, empregos ou funções públicas relevantes, nas esferas Federais, Estaduais, Municipais, ou em empresas ou autarquias de controle sócio-administrativo governamental. São considerados PPE's também os representantes dos agentes públicos identificados como PPE's, assim como seus familiares até o primeiro grau, o cônjuge, companheiro(a), o(a) enteado(a) e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

Sou uma pessoa politicamente exposta (PPE)?  Não  Sim   
 Se sim, esclarecer o motivo:

Local e Data: \_\_\_\_\_

 ASSINATURA

Assinatura do Cliente

Central de Serviços: 0309 111 6500  
 Central de Atendimento para Deficientes Auditivos: 0800 775 2105

DC 11.343 - ABR2017

SAC Daycoval: 0800 775 0500  
 Ouvidoria Banco Daycoval: 0800 777 0900

**ADESÃO**

**1. Condições Gerais:** Declaro que recebi e li previamente as Condições Gerais de Emissão e Utilização do Cartão de Crédito Consignado do Banco Daycoval para Trabalhadores de Empresas Privadas, Servidores Públicos Ativos e Inativos e/ou Aposentados e Pensionistas do INSS ("Condições Gerais"), registradas em 07/08/2013 no 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de São Paulo/SP sob nº 2.021.879, inexistindo dúvidas sobre suas cláusulas, direitos e obrigações.

**2. Autorização para Reserva de Margem Consignável:** Autorizo o Banco Daycoval S/A, neste ato, de forma irrevogável e irretirável, a constituir reserva de margem consignável de até \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) de minha remuneração, por tempo indeterminado, nos termos da legislação e convênio aplicáveis e do disposto no art. 6º da Lei 10.820/03, para os pagamentos mínimos mensais da(s) fatura(s) do Cartão de Crédito Consignado do Banco Daycoval ("Cartão") de minha titularidade, devendo tal autorização permanecer sempre válida e eficaz sob pena de cancelamento imediato de meu Cartão e adoção das medidas cabíveis.

**3. Outras Declarações:** Declaro estar ciente e concordar que: (i) ao utilizar o Cartão e/ou assinar este Termo de Adesão, estou anuindo, em caráter irrevogável e incondicional, ao disposto nas Condições Gerais; (ii) poderei consultar sempre as Condições Gerais e suas alterações/aditamentos no site do Banco Daycoval S.A. ("Daycoval") no endereço eletrônico: [www.daycoval.com.br](http://www.daycoval.com.br); (iii) as Condições Gerais poderão ser alteradas de tempos em tempos pelo Daycoval, mediante novos registros em cartório, as quais poderão, a critério do Daycoval, ser disponibilizadas na forma da alínea "ii" acima (registros esses que serão noticiados no site do Daycoval); (iv) conheço os termos do convênio firmado pelo Daycoval e a Entidade/Empresa Averbadora para desconto em minha renda mensal do valor consignável acima descrito; (v) mensalmente será consignado em minha remuneração o valor do pagamento mínimo indicado nas faturas do Cartão, obrigando-me no caso de opção pelo pagamento integral a utilizar a fatura do Cartão para quitar o débito que exceder o valor consignável; (vi) o Daycoval está autorizado por prazo indeterminado a debitar quaisquer valores devidos em relação ao Cartão em minha conta corrente descrita acima e/ou em outra conta corrente de minha titularidade no Brasil que venha a substituí-la, inclusive a conta disponibilizada por meu empregador.

Estou ciente de que se comprovada a falsidade das declarações e informações constantes deste Termo de Adesão estarei sujeito às responsabilidades criminais do artigo 299 do Código Penal (Crime de Falsidade Ideológica).

Local e Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA PORTADOR TITULAR:

 ASSINATURA

Central de Serviços: 0800 111 0500  
Central de Atendimento para Deficiente Auditivo: 0800 775 2005

CC 11.305 - ABR/2017

SAC Daycoval: 0800 775 0500  
Ouvidoria Banco Daycoval: 0800 777 9000



SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE SAQUE VIA **CARTÃO DE CRÉDITO CONSIGNADO**

DADOS DO TITULAR			
CPF:	Nome:	Nº Cartão/Proposta:	
Empregador:		Matrícula:	
DADOS BANCÁRIOS			
Nome do Banco:	Nº do Banco	Nº Agência	Conta-Corrente
<p>Autorizo o BANCO DAYCOVAL S/A, em caráter irrevogável e irretroatável a transferir o valor abaixo indicado, referente a parte do limite de crédito do meu <b>Cartão Consignado Daycoval</b>, para a Conta Corrente da minha titularidade acima indicada.</p> <p>Declaro: (a) ter recebido a Planilha Demonstrativa do Custo Efetivo Total (CET), previamente à assinatura desta autorização, com o valor estimado do saque; (b) que recebi e concordei com todas as informações e cálculos pertinentes ao CET, bem como dos fluxos considerados em seu cálculo, inclusive a taxa e percentual incidente, conforme condições vigentes na presente data; e (c) que o valor do saque será pago juntamente com as demais despesas da fatura de meu cartão de crédito ou financiado após a amortização do pagamento mínimo de minha fatura por meio de desconto em folha de pagamento.</p> <p>Valor do Saque*: R\$ _____ (_____).</p> <p>Taxa de Juros: _____ % a.m. Taxa de Juros: _____ % a.a. IOF Diário: _____ % a.d. IOF Adicional: _____ %</p> <p>Tarifa: R\$ _____ CET: _____ % a.m. CET: _____ % a.a.</p> <p>(* O valor do saque está condicionado ao limite de crédito disponível e/ou concedido, podendo o valor do saque ser inferior ao valor solicitado.</p> <p style="text-align: center;"><b>TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO</b></p> <p>Declaro, para os devidos fins de direito, estar ciente de que o pagamento da fatura do cartão de crédito deve ocorrer em valor integral, constituindo o pagamento por consignação apenas o valor mínimo da fatura. O não pagamento integral da fatura do cartão de crédito gera encargos rotativos na ordem de _____, ao mês, incidentes sobre o valor não pago. Esse percentual é inferior ao cartão de crédito convencional.</p> <p>Declaro ainda ciência de que existem outras modalidades de crédito, a exemplo do empréstimo consignado, que possuem juros mensais em percentuais menores.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Local e Data:</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">ASSINATURA PORTADOR TITULAR: </p>			

**AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE CARTÃO CRÉDITO CONSIGNADO DAYCOVAL**

<b>NOME:</b>	
<b>CPF/MF:</b>	<b>RG:</b>

Pela presente, **AUTORIZO**, em caráter irrevogável e irretroatável, o(a) \_\_\_\_\_ a autorizar o \_\_\_\_\_ a efetuar o débito automático em minha **CONTA CORRENTE** abaixo mencionada e/ou em outra conta corrente de minha titularidade no Brasil que venha a substituí-la, especialmente a conta que venha a ser disponibilizada por o meu **EMPREGADOR**, do valor de toda e qualquer **FATURA** cujos valores sejam oriundos da utilização do Cartão de Crédito Consignado do Banco Daycoval, os quais não foram consignados/descontados pelo meu **EMPREGADOR**, independentemente do motivo. Esta autorização prevalecerá mesmo que o **EMPREGADOR** desconte de meu benefício/salário/remuneração de determinado(s) mês(es) o Pagamento Mínimo da **FATURA** posteriormente ao seu vencimento, sem que tenha havido retenção(ões) do(s) anterior(es). Comprometo-me a manter saldo suficiente para acolhimento de qualquer débito decorrente desta autorização, a qual somente poderá ser cancelada com a expressa concordância do \_\_\_\_\_.

<b>Data da Adesão ao Cartão de Crédito Consignado:</b> Registro no 10º Cartório de Tít. e Docs. de SP nº: <b>2.021.879</b>	<b>Dados da Conta Corrente para Débito:</b> Banco (Nome/ Nº): Agência (Nome/Nº): Conta Corrente nº:
--	--

Local / Data

Assinatura  **ASSINATURA**

**AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE CARTÃO CRÉDITO CONSIGNADO DAYCOVAL**

<b>NOME:</b>	
<b>CPF/MF:</b>	<b>RG:</b>

Pela presente, **AUTORIZO**, em caráter irrevogável e irretroatável, o(a) \_\_\_\_\_ a autorizar o \_\_\_\_\_ a efetuar o débito automático em minha **CONTA CORRENTE** abaixo mencionada e/ou em outra conta corrente de minha titularidade no Brasil que venha a substituí-la, especialmente a conta que venha a ser disponibilizada por o meu **EMPREGADOR**, do valor de toda e qualquer **FATURA** cujos valores sejam oriundos da utilização do Cartão de Crédito Consignado do Banco Daycoval, os quais não foram consignados/descontados pelo meu **EMPREGADOR**, independentemente do motivo. Esta autorização prevalecerá mesmo que o **EMPREGADOR** desconte de meu benefício/salário/remuneração de determinado(s) mês(es) o Pagamento Mínimo da **FATURA** posteriormente ao seu vencimento, sem que tenha havido retenção(ões) do(s) anterior(es). Comprometo-me a manter saldo suficiente para acolhimento de qualquer débito decorrente desta autorização, a qual somente poderá ser cancelada com a expressa concordância do \_\_\_\_\_.

<b>Data da Adesão ao Cartão de Crédito Consignado:</b> Registro no 10º Cartório de Tít. e Docs. de SP nº: <b>2.021.879</b>	<b>Dados da Conta Corrente para Débito:</b> Banco (Nome/ Nº): Agência (Nome/Nº): Conta Corrente nº:
--	--

Local / Data

Assinatura  **ASSINATURA**

**AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE CARTÃO CRÉDITO CONSIGNADO DAYCOVAL**

<b>NOME:</b>	
<b>CPF/MF:</b>	<b>RG:</b>

Pela presente, **AUTORIZO**, em caráter irrevogável e irretroatável, o(a) \_\_\_\_\_ a autorizar o \_\_\_\_\_ a efetuar o débito automático em minha **CONTA CORRENTE** abaixo mencionada e/ou em outra conta corrente de minha titularidade no Brasil que venha a substituí-la, especialmente a conta que venha a ser disponibilizada por o meu **EMPREGADOR**, do valor de toda e qualquer **FATURA** cujos valores sejam oriundos da utilização do Cartão de Crédito Consignado do Banco Daycoval, os quais não foram consignados/descontados pelo meu **EMPREGADOR**, independentemente do motivo. Esta autorização prevalecerá mesmo que o **EMPREGADOR** desconte de meu benefício/salário/remuneração de determinado(s) mês(es) o Pagamento Mínimo da **FATURA** posteriormente ao seu vencimento, sem que tenha havido retenção(ões) do(s) anterior(es). Comprometo-me a manter saldo suficiente para acolhimento de qualquer débito decorrente desta autorização, a qual somente poderá ser cancelada com a expressa concordância do \_\_\_\_\_.

<b>Data da Adesão ao Cartão de Crédito Consignado:</b> Registro no 10º Cartório de Tít. e Docs. de SP nº: <b>2.021.879</b>	<b>Dados da Conta Corrente para Débito:</b> Banco (Nome/ Nº): Agência (Nome/Nº): Conta Corrente nº:
--	--

Local / Data

Assinatura  **ASSINATURA**

CC 11.035 - MAR/2016