



# PROPOSTA DE ADESAO PARA SEU CARTAO

CODIGO DO ESTABELECIMENTO

## DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO \_\_\_\_\_ CPF / CIC \_\_\_\_\_

RG / DOC IDENTIDADE \_\_\_\_\_ ORGAO EMISSOR \_\_\_\_\_ DATA DE EMISSAO \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_

NATURALIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ NACIONALIDADE \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL  1 - CASADO  3 - VIUVO  5 - SEPARADO  2 - SOLTEIRO  4 - DIVORCIADO  6 - OUTROS SEXO  M  F GRAU DE INSTRUCAO  1 - ATÉ 1º GRAU COMPLETO  2 - ATÉ 2º GRAU COMPLETO  3 - SUPERIOR COMPLETO  4 - OUTROS QUANT. DEPENDENTES \_\_\_\_\_

NOME DO PAI (COMPLETO) \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE (COMPLETO) \_\_\_\_\_

PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS:  
 NÃO  
 SIM (SE SIM, QUAL?)  AUDITIVA  VISUAL  FÍSICA  ANALFABETO

## DADOS RESIDENCIAIS

ENDEREÇO RESIDENCIAL (NOME DA RUA, AV., ESTRADA, ETC.) \_\_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO (Nº APT / CASA) \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ TIPO DE TELEFONE  1 - PRÓPRIO  2 - ALUGADO  3 - RECADADO  4 - CELULAR TELEFONE FIXO \_\_\_\_\_ RAMAL \_\_\_\_\_

CELULAR \_\_\_\_\_ TEMPO DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ TIPO DE RESIDÊNCIA  1 - PRÓPRIA  2 - FINANCIADA  3 - ALUGADA  4 - COM PAIS  5 - FUNCIONAL  6 - OUTROS ANOS E \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA  RESIDENCIAL  COMERCIAL

## DADOS PROFISSIONAIS

EMPRESA ONDE TRABALHA \_\_\_\_\_

CNPJ \_\_\_\_\_ ENDEREÇO COMERCIAL (NOME DA RUA, AV., ESTRADA, ETC.) \_\_\_\_\_

NÚMERO \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO (Nº APT/BLOCO/ ETC) \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ DATA DE ADMISSÃO (DATA/MÊS/ANO) \_\_\_\_\_

NATUREZA DA OCUPAÇÃO  ASSALARIADO  PROFISSIONAL LIBERAL  AUTÔNOMO  PROPRIETÁRIO  FUNCIONÁRIO PÚBLICO

SALÁRIO MENSAL (NÃO INCLUIR OUTRAS RENDAS) R\$ \_\_\_\_\_,00 OUTRAS RENDAS (NÃO INCLUIR RENDAS DO CÔNJUGE) R\$ \_\_\_\_\_,00 ORIGEM OUTRAS RENDAS \_\_\_\_\_

TELEFONE COMERCIAL (DDD / NÚMERO) \_\_\_\_\_ RAMAL \_\_\_\_\_ PROFISSÃO \_\_\_\_\_

EMPRESA ANTERIOR \_\_\_\_\_

TELEFONE COMERCIAL (DDD / NÚMERO) \_\_\_\_\_ RAMAL \_\_\_\_\_

## OUTRAS INFORMAÇÕES

NOME A SER IMPRESSO NO CARTÃO \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

SEGUROS QUE DESEJA ADERIR  PERDA E ROUBO - PROTEÇÃO EM CASO DE ROUBO, FURTO OU PERDA DO CARTÃO  RENDA PROTEGIDA MAIS VIDA - PROTEÇÃO PARA DESEMPREGO OU PERDA DE RENDA POR INVALIDEZ OU MORTE (CESTA BÁSICA E ASSISTENCIAL)

ESCOLHA A DATA DO VENCIMENTO DA SUA FATURA  01  05  07  12  15  18  20  23  25  28

CARTÕES QUE POSSUI  VISA  MASTERCARD  DINERS  AMERICAN EXPRESS  OUTROS

## DADOS DO CÔNJUGE

NOME COMPLETO \_\_\_\_\_ CPF/CIC \_\_\_\_\_

RG / Nº DOC IDENTIDADE \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ GRAU DE INSTRUCAO  1 - ATÉ 1º GRAU COMPLETO  2 - ATÉ 2º GRAU COMPLETO  3 - SUPERIOR COMPLETO  4 - OUTROS

EMPRESA ONDE TRABALHA \_\_\_\_\_

SALÁRIO MENSAL (NÃO INCLUIR OUTRAS RENDAS) R\$ \_\_\_\_\_,00 TELEFONE COMERCIAL (DDD / NÚMERO) \_\_\_\_\_ RAMAL \_\_\_\_\_ PROFISSÃO \_\_\_\_\_

## DADOS DO CARTÃO ADICIONAL \*

NOME COMPLETO \_\_\_\_\_ GRAU DE PARENTESCO  1 - PAI  2 - MÃE  3 - FILHO  4 - ESPOSO  5 - OUTROS

DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ CPF/CIC \_\_\_\_\_ RG / DOC IDENTIDADE \_\_\_\_\_ ORGAO EMISSOR \_\_\_\_\_ SEXO  M  F

NACIONALIDADE \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL  1 - CASADO  2 - SOLTEIRO  3 - VIUVO  4 - DIVORCIADO  5 - SEPARADO  6 - OUTROS PROFISSÃO \_\_\_\_\_

NOME DO ADICIONAL A SER IMPRESSO NO CARTÃO \_\_\_\_\_

## REFERÊNCIA PESSOAL

PESSOAL (1) - NOME COMPLETO \_\_\_\_\_

PESSOAL (2) - NOME COMPLETO \_\_\_\_\_

TELEFONE PESSOAL 1 (DDD / NÚMERO) \_\_\_\_\_ RAMAL \_\_\_\_\_ TELEFONE PESSOAL 2 (DDD / NÚMERO) \_\_\_\_\_ RAMAL \_\_\_\_\_

## REFERÊNCIA BANCÁRIA

BANCO \_\_\_\_\_ NOME DO BANCO \_\_\_\_\_

Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ Nº CONTA CORRENTE \_\_\_\_\_ CHEQUE ESPECIAL?  SIM  NÃO

Após assinar esta proposta, declaro exatos e verdadeiros os dados acima, nada tendo a opor quanto a utilização destes pelo Banco Triângulo S.A (Tribanco) ou por terceiros por este designados para fins administrativos, de marketing e conferência. Tenho ciência de que a emissão do cartão está condicionada à análise de crédito pelo Tribanco. Declaro ainda, neste ato, conhecer e ter aceito os termos e condições do Contrato com o Associado, registrado em 25 de março de 2011 no Ofício de Registro de Títulos e Documentos e Registro Civil de Pessoas Jurídicas de Uberlândia, Minas Gerais, sob o nº 3180169.

LOCAL \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ ASSINATURA PROPONENTE \_\_\_\_\_

## DADOS EXCLUSIVOS DO LOJISTA

NOME DO FUNCIONÁRIO / CONTATO \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO GERENTE DA LOJA / RESPONSÁVEL + CARIMBO DA LOJA \_\_\_\_\_

Declaro que conferi os documentos apresentados com os originais correspondentes.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA CONFIRMAÇÕES / DOCUMENTOS \_\_\_\_\_

IMPORTANTE: Anexe cópia de comprovante de renda e residência atualizado. Serão necessários também cópias de RG e CPF. As cópias dos documentos não serão devolvidas.

\*O cartão adicional está sujeito a prévia aprovação e somente poderá ser solicitado para maiores de 16 anos.

**PARA USO DA PROCESSADORA**

**Confirmação das Fontes de Informação/Documentos**

SERASA                      SPC                      Referências confirmadas                      Nomes/Telefones consultados  
Sim  Não       Sim  Não       Sim  Não       \_\_\_\_\_

Observações

**Responsável**

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nome e Assinatura \_\_\_\_\_

**PARA USO EXCLUSIVO DO VAREJISTA**

**Tipo de cartão:**     Super Compras                       Smart Fácil                       FarmaPlus                       Outros    \_\_\_\_\_

**Declaração:**

Declaro que conferi os documentos apresentados com os originais correspondentes.

Carimbo com CNPJ da Loja

Data do Preenchimento

Assinatura do Gerente/Responsável

**ENVIO DA PROPOSTA**

APÓS O PREENCHIMENTO, ENTREGAR NO ESTABELECIMENTO DE ONDE RETIROU A PROPOSTA, JUNTAMENTE COM OS DOCUMENTOS. AS CÓPIAS DOS DOCUMENTOS NÃO SERÃO DEVOLVIDAS.

**Central de Atendimento ao Cliente**

**Capitais e regiões metropolitanas\*: 3003 3099**

**Demais localidades: 0800 722 3099**

\* Não há necessidade de discar código de área. Custo de ligação local.

Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, utilize a Ouvidoria: 0800 727 4017