



FICHA CADASTRAL - PESSOA FÍSICA

Número do Contrato:			
1 - DADOS PESSOAIS			
Nome Completo:			
CPF:		Data de Nascimento:	
Cidade em que nasceu:		Estado em que nasceu:	
Nacionalidade: <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira <input type="checkbox"/> Naturalizado			
Tipo do Documento: <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CNH <input type="checkbox"/> RNE <input type="checkbox"/> Outro		Nº do Documento:	
Data de Emissão:		Órgão Expedidor:	UF Emissão:
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo	
Filiação:	Nome do Pai:		<input type="checkbox"/> Não Declarado
	Nome da Mãe:		
Endereço Residencial:			nº:
Complemento:		Bairro:	
Cidade:		CEP:	UF:
Encaminhar Correspondência para: <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Outros (preencher endereço abaixo caso sua opção seja "Outros")			
Endereço de Correspondência:			nº:
Complemento:		Bairro:	
Cidade:		CEP:	UF:
Possui Telefone Residencial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		DDD:	Nº Telefone:
Tipo de Residência: <input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> Próprio Financiado <input type="checkbox"/> Alugado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Cedido <input type="checkbox"/> Funcional			
Tempo de Residência: Ano(s)/		Mês(es)	
Possui Telefone Celular? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		DDD:	Nº Celular:
Possui e-mail? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		e-mail:	
Deseja Receber Informações por e-mail? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Deseja Receber Informações por SMS? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Nome Pessoa de Contato (Recado):		DDD:	Nº Telefone:
Possui Bens Imóveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Valor Total:	Valor Total dos Bens:
Possui Bens Móveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Valor Total:	
Profissão:		Tipo Profissional:	Nível do Cargo:
Tipo de Fonte Pagadora:			
Nome do Empregador ou da Empresa (caso seja proprietário):			
CNPJ:		Tempo de Serviço: Ano(s)/	Mês(es)
DDD:	Telefone Empresa:		Ramal:
Endereço Comercial:			nº:
Complemento:		Bairro:	
Cidade:		CEP:	UF:
Possui Renda Mensal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Valor da Renda Mensal - Principal: R\$	
Valor da Renda Mensal - Outras Rendas: R\$			
Descrição das Outras Rendas:		Total Mensal das Rendas: R\$	
Nome Referência Pessoal:		DDD:	Nº Telefone:
Banco:	Agência:	Conta:	Tipo de Conta: <input type="checkbox"/> Corrente <input type="checkbox"/> Poupança

Responsabilizo-me pela exatidão de todas as informações por mim prestadas, sob pena de aplicação do disposto no art. 19 da Lei nº 7.492/86 e arts. 297, 298 e 299 do Código Penal; (ii) licitude da origem da renda, faturamento e patrimônio, por mim declarados, estando ciente do art. 11, II, da Lei nº 9.613/98 e da Lei nº 12.863/12. Ademais, autorizo expressamente a divulgação e encaminhamento dos documentos relativos a presente operação e informações, inclusive cadastrais, para efeito de cobrança extrajudicial e judicial, bem como autorizo a consulta/envio de meus dados e/ou operações em/para outras instituições financeiras, órgãos de proteção ao crédito e Central de Riscos do Banco Central do Brasil. Comprometo-me a manter atualizados meus dados cadastrais, bem como de meus representantes legais (se for o caso) junto ao Banco Votorantim S.A. e/ou suas controladas, encaminhando qualquer alteração que ocorrer no prazo máximo de 10 (dez) dias após sua efetivação. Comprometo-me a não utilizar quaisquer recursos financeiros relacionados às operações com o Conglomerado Financeiro Votorantim para a prática dos atos ilícitos previstos na Lei nº 12.846/13 ("Lei Anticorrupção").

DATA E LOCAL

ASSINATURA DO PROPONENTE

- Consulte nossos horários de atendimento em www.bvfinanceira.com.br
- Sugestões, cancelamentos, elogios, reclamações ou informações em gerais de produtos e serviços, ligue para o SAC: 0800 770 3335 – Atendimento especial para deficientes auditivos ou de fala: 0800 771 8661
- Se já tenha recorrido ao SAC e não se sentiu satisfeito com a solução apresentada, ligue para Ouvidoria – 0800 707 0083 (deficientes auditivos e de fala – 0800 701 8661) ou pelo site www.bvfinanceira.com.br
- Se você tiver contratado Seguro de Proteção Financeira e deseja utilizar o benefício, entre em contato com a seguradora CARDIF pelo telefone 0800 545 5440.