

PESSOA JURÍDICA						
Razão Social					Fundação	
Nome Fantasia						
Grupo Empresarial	Único ()	matriz ()	filial ()			
Ramo de atividade						
Sócio que assina:				CPF		
Estado Civil			Data Nascimento			
Celular			E-mail			
Sócio (2)			DN:	CPF		
Sócio (3)			DN:	CPF		
Sócio (4)			DN:	CPF		
Sócio (5)			DN:	CPF		
Responsável pelo SISTEMA do cartão:				Cargo:	CPF:	
E-mail:				Telefone:		
Whats:			SKYPE			
ENDEREÇO DE COBRANÇA						
Endereço			Nº	Bairro		
CEP	Cidade			Estado		
E-mail						
Fone: 1	Fone: 2			Fax:		
INFORMAÇÕES TRIBUTÁRIAS, FINANCEIRAS E COMERCIAIS						
Capital Social			Faturamento Mês Anterior			
Média Fat. Últimos 12 meses						

DADOS PARA FORNECIMENTO DO CARTÃO ALIMENTAÇÃO/REFEIÇÃO/PRESENTE

Quantidade funcionários:	Cartões contratados: () Alimentação () Refeição () Presente
Valor a ser creditado: Alimentação R\$_____;	Refeição R\$_____;
() Benefício do PAT	
Este benefício é Pré-Pago; assim o vencimento do boleto para carregamento de crédito nos cartões dos funcionários, é de 01 dia útil anterior. Para cada recarga será cobrada a licença de software no valor de R\$ 3,00 reais.	
O crédito será liberado para o funcionário no dia_____de cada mês	

DADOS PARA CARTÃO CONVENIO

Quantidade de funcionários?_____	Limite_____	em reais ou percentuais.
Cartão convenio pra compras: () Uso Geral ou () Segmentado - Quais segmentos:		
LIMITE EXTRA PARA FARMACIA? () SIM () NÃO Valor:		
Qual o Dia do FECHAMENTO DA FOLHA_____	Data de pagamento para Seicon? _____	
Observação: Se fechar no dia 20, o pagamento será até o dia 10 do mês subsequente Se fechar depois do dia 20, o pagamento será até o dia 15 do mês subsequente		
Forma de pagamento? Boleto emitido pelo gerênciador instalado na empresa.		
Para uso da Seicon:	Análise de crédito:	Aprovado: () sim () não
		Sim, quais limites:
Quando não aprovado, qual justificativa?		
Nome do analista, carimbo e Assinatura da Seicon:		

ACEITA CARTÃO COMO FORNECEDOR

Taxa de administração:_____	+ 0,5% Fundo de reserva: Total _____
Observações sobre a negociação:	
O pagamento será por depósito em conta corrente informada no contrato, será cobrado o valor da TED de R\$ 2,00 (dois reais)	
Assinatura do declarante da empresa	
Assinatura do consultor Acirp/Seicon:	
CPF:	CPF:
Nome:	Nome: