

Proposta de abertura de crédito

Loja _____

Nº do Contrato _____

DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO DO PROPONENTE (Letra de forma sem abreviações) _____

 SEXO
 M F

DATA NASC. _____ / _____ / _____

CPF _____

IDENTIDADE Nº _____

ORG. EMISSOR _____

 CASA PRÓPRIA
 SIM NÃO

ALUGUEL/PRESTAÇÃO _____

NATURALIDADE _____

NACIONALIDADE _____

RENDA PESSOAL _____

RENDA FAMILIAR _____

ESTADO CIVIL _____

NOME DO PAI _____

NOME DA MÃE _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL (Rua e nº) _____

BAIRRO _____

CIDADE _____

U.F. _____

TEMPO _____

CEP _____

FONE _____

 ESCOLARIDADE
 1º GRAU 2º GRAU 3º GRAU 3º GRAU INCOMPLETO

E-MAIL _____

CELULAR _____

DADOS PROFISSIONAIS

FIRMA QUE TRABALHA _____

CARGO _____

DEPTO. _____

FONE _____

END. DO TRABALHO _____

CIDADE _____

DATA DE ADMISSÃO _____ / _____ / _____

CÔNJUGE

NOME COMPLETO _____

DATA DE NASCIMENTO _____ / _____ / _____

R.G. Nº _____

CPF _____

NATURAL _____

DADOS PROFISSIONAIS DO CÔNJUGE

FIRMA QUE TRABALHA _____

CARGO _____

DEPTO. _____

FONE _____

END. DO TRABALHO _____

CIDADE _____

DATA DE ADMISSÃO _____ / _____ / _____

***REFERÊNCIAS PESSOAIS (PARENTES OU AMIGOS QUE NÃO RESIDAM NO MESMO ENDEREÇO)**

NOME _____

TELEFONE _____

CELULAR _____

NOME _____

TELEFONE _____

CELULAR _____

REFERÊNCIAS COMERCIAIS

LOJA _____

TELEFONE _____

CRENCIADOS | CARTÕES ADICIONAIS

Em conformidade com o contrato de utilização do Cartão Farmapaulo Card, autorizo a emissão de cartões adicionais em nome dos abaixo indicados, doravante denominados Credenciados, responsabilizando-me única e exclusivamente pelo uso dos referidos cartões.

 Parentesco _____ Nascimento: _____ / _____ / _____ Sexo F M Nome Completo: _____

 Parentesco _____ Nascimento: _____ / _____ / _____ Sexo F M Nome Completo: _____

 _____ / _____ / _____
 Local _____ Data _____ Assinatura do Cliente _____

MARQUE O DIA DO MÊS QUE LHE CONVÉM P/ O VENCIMENTO DO SEU CARTÃO

 5

 15

 25

DESEJA EFETUAR COMPRAS

 À VISTA A PRAZO AMBOS

Documentos necessários: Cópia do RG e CPF, Comprovante de residência, comprovante de renda.

Pelo presente instrumento particular de contrato para utilização do FARMAPAULO CARD, de um lado Drogaria Silva Ltda, 79.101.192/0001-82, com sede à Av. Brasil, 3241, na cidade de Maringá-PR, e de outro lado o titular acima qualificado, têm entre si certo e ajustado o seguinte:

1. O cartão, emitido pela Drogaria Silva Ltda. é nominativo e de uso pessoal, que nele será identificado pelo nome, assinatura de inscrição.
2. O cartão é válido para efetivação de compras de mercadorias em estabelecimentos comerciais da rede de Farmácias São Paulo até o limite que lhes tiver sido fixado.
3. O titular/credenciados ao adquirirem mercadorias nas condições do presente contrato, apresentarão o cartão ao estabelecimento da rede, assinando os comprovantes relativos as compras efetuadas. O total das compras efetuadas pelo credenciado será lançado a débito em nome do titular e administrado pela Drogaria Silva Ltda.
4. O titular/credenciados não poderão se excluir do pagamento sob alegação de não terem recebido o comunicado de inadimplência, devendo, se ocorrer tal hipótese, procurar a loja das Farmácias São Paulo da Av. Brasil, 3241 - Matriz.
5. O titular obriga-se informar às Farmácias São Paulo de eventuais mudanças de endereço, caso não as faça, passa a ser responsável por todas as conseqüências de sua omissão.
6. O titular e credenciados são os responsáveis pela boa utilização, **guarda autorizado**, obrigando-se no caso de perda ou furto, a avisar imediatamente o departamento de crédito da Farmácias São Paulo. O titular continuará sendo o responsável por quaisquer prejuízos decorrentes da perda, furto, extravio, **até que o respectivo cancelamento seja comunicado pelas Farmácias São Paulo.**
7. Credenciado: a critério do Emissor, poderá o Cliente, sob sua inteira responsabilidade, conta, risco e a seu débito, solicitar por escrito a emissão de um ou mais

cartões para o seu indicado, denominado Credenciado, ficando o Titular, em qualquer hipótese, responsável pelo pagamento de todas as despesas efetuadas pelo Credenciário, bem como, por eventuais prejuízos resultantes de omissão ou uso indevido do referido Cartão.

8. O prazo do presente contrato é indeterminado. **Contudo, qualquer das partes, a seu critério exclusivo, independente de prévio aviso, denunciá-lo.** Ocorrendo a rescisão, o cartão ficará automaticamente cancelado, caso em que o titular deverá liquidar imediatamente o saldo devedor existente.

9. Sem o prejuízo do direito das partes procederem como acima previsto, as Farmácias São Paulo poderão rescindir o presente contrato, caso o titular descumpra qualquer de suas cláusulas e condições. Ocorrendo a rescisão, ficará cancelado automaticamente o cartão emitido em nome do titular e credenciados.

10. Na hipótese da cláusula anterior, a dívida então existente ficará aos encargos e despesas idênticas ao custo de captação de recursos na instituição financeira, sendo que 2% de multa no 1º dia de atraso acrescido de juros de mora de 0,4% ao dia, e havida amigavelmente ou mediante execução forçada de títulos extrajudiciais, ficando neste último caso o titular devedor responsável também por custas processuais e honorários de advogados, estes na base de 20% do total do débito.

11. Sem prejuízo das sanções penais cabíveis o diposto nos itens 9 e 10, aplica-se no caso de pagamento da conta mensal do titular efetuado por meio de cheques sem provisão de fundos.

12. O foro do contrato é o desta cidade.

E por assim estarem justos e contratados firmam o presente na presença de testemunhas abaixo, ATO DE ADESÃO o proponente neste identificado junto à Drogaria Silva Ltda. vem solicitar sua admissão no sistema de cartão, sob a denominação supra e de conformidade com as Gerais Reguladoras e Regedoras. Nestes termos formaliza o proponente neste ato, sua

Declaro ter lido e entendido na íntegra o contrato padrão mencionado acima.

Assinatura do titular

**FARMÁCIAS
SÃO PAULO**
Uma rede completa

Mais informações sobre Farmapaulo Card:
www.farmaciasaopaulo.com.br
(44) 3028.7610