

SENHOR(A) COORDENADOR(A) DO PROCON MUNICIPAL DE MARACANAÚ /CE

NÚMERO DA RECLAMAÇÃO: 25.06.0564.001.00034-3

BANCO BMG S/A, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o número 61.186.680/0001-74, com sede na Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 1830, Sala 101, Parte, Bloco 01, Sala 102, Parte, Bloco 02, 10º andar, Sala 112, Parte, Bloco 02, 11º andar, Sala 131, Bloco 01, 13º andar, Sala 141, Bloco 01, 14º andar, Condomínio São Luiz, Vila Nova Conceição, CEP: 04.543-900 na cidade de São Paulo-SP, vem, respeitosamente, à presença de V. Exa., apresentar **RESPOSTA FORMAL À NOTIFICAÇÃO**, nos autos da Reclamação Administrativa que lhe move **FRANCISCO CLAUDIANO BEZERRA** pelas razões de fato e de direito que serão expostas a seguir:

1. Do resumo da reclamação da parte autora e das soluções que serão apresentadas pelo Banco BMG.

Visando conferir maior objetividade à presente resposta, confira abaixo um resumo sobre os principais pontos levantados em sua reclamação, bem como das soluções que serão apresentadas pelo BMG:

Resumo da Reclamação	Resumo dos pedidos	Soluções apresentadas
O consumidor relata que recebeu um cartão de crédito do Banco BMG sem solicitação prévia. Apesar disso, ao verificar o limite disponível — aproximadamente R\$ 290,00 — optou por utilizá-lo para pequenas compras. No entanto, ao receber a fatura, constatou que o limite total informado era de R\$ 2.428,00, o que causou estranheza. Além disso, a fatura apresentou diversas cobranças que o consumidor não	- A exclusão das cobranças (tarifa de emissão, seguro BMG Med, encargos financeiros e IOF rotativo); - A correção do valor da fatura, para incluir somente os valores correspondentes às compras realizadas;	- Esclarecimentos sobre a contratação - Apresentação de cópia do contrato - Apresentação do comprovante de transferência dos recursos contratados - Apresentação do histórico das faturas geradas

reconhece nem contratou, tais como: • Tarifa de emissão do cartão • Cobrança de seguro “BMG Med” • Encargos financeiros faturados • IOF rotativo O consumidor afirma que não foi devidamente informado sobre essas cobranças no momento do desbloqueio ou uso do cartão. Ressalta ainda que buscou atendimento presencial em loja do BMG e por telefone, porém não obteve esclarecimentos nem solução para o problema.	• O cancelamento imediato do cartão de crédito do Banco BMG.	• Apresentação de proposta de quitação do débito • Cancelamento do cartão • Planilha evolutiva
---	--	--

2. Da contratação de cartão de crédito consignado.

Informamos que foi identificado, nos registros da instituição, que o(a) Reclamante solicitou a contratação do Cartão de Crédito BMG n.º **2229.XXXX.XXXX.0040**, convênio INSS - INT. NAC. SEG. SOCIAL, assinado em **25/04/2025**, por meio do contrato de n.º **57502585**, com limite no valor de **R\$ 6.413,00**.

O contrato foi devidamente formalizado por meio de assinatura eletrônica, que possui elementos de segurança para autenticação como a geolocalização no momento da assinatura, criptografia e a utilização de selfie para trazer mais confiança ao cliente e garantir a integridade da operação. A foto, inclusive, se assemelha à do documento de identidade apresentado na contratação:



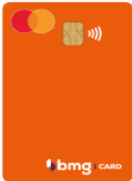
Confira-se autenticação eletrônica no momento da assinatura eletrônica do contrato:

11. Esta CCB é emitida em quantidade de vias idênticas às partes que nela comparecem, sendo somente a via do Bmg "negociável"

 **EMITENTE/REPRESENTANTE LEGAL:**

Assinatura do cliente: Assinatura Eletrônica firmada por Biometria Facial

C5EA6BE43C581633A0044CCB99D36665 | Data/Hora: 20/02/2025 10:33:20 | IP/Terminal: 177.191.248.84 | Localizacao: -3.8785392 | -38.6207508



As condições gerais do produto e as características específicas da operação, como valores, data de vencimento e taxas de juros foram apresentadas no momento da contratação do produto, tendo como anuência a sua assinatura no contrato, conforme evidenciado acima e no contrato anexado.

3. Saldo devedor.

Esclarecemos que o referido valor decorre da utilização do cartão de crédito pelo reclamante, que realizou compras, mas não efetuou o pagamento integral da fatura complementar.

Dessa forma, os valores não quitados foram sendo acumulados, enquanto ocorria apenas o desconto mínimo em folha de pagamento, correspondente à Reserva de Margem Consignável (RMC), o que não é suficiente para quitar integralmente a dívida gerada com o uso do cartão.

FATURA MENSAL - SEGUNDA VIA			
SEUS DADOS		SERVIÇOS A CLIENTES	VENCIMENTO 10/07/2025
FRANCISCO CLAUDIANO BEZERRA DE		Central de Atendimento BMG	Página 1/1
Cartão N° 2229.2648.5971.0040		0800-8804006	
DEMONSTRATIVO DE DESPESAS			
DATA	HISTÓRICO	MOEDA DE ORIGEM	EM R\$/US\$
	FRANCISCO C BEZERRA 2229.2648.5971.0040		
28/04/2025	Tarifa Emissao Cartao (Parcelas)		5,00
11/05/2025	MF MULTIMARCA Parc.2/2		42,50
17/05/2025	MP *CARLINHOSMOTO Parc.2/3		50,00
10/06/2025	Credito de Refinanciamento Saldo Financ		-441,66
10/06/2025	Pagamento Debito em Folha		-75,90
10/06/2025	PARCELA DE FATURA		12,48
RESUMO DAS DESPESAS			
TOTAL DA FATURA ANTERIOR			R\$ 517,56
(-) Pagamentos Efetuados / Amortizações			R\$ 75,90
(-) Saldo da Fatura Ant. atualizado			R\$ 441,66
TOTAL DESTA FATURA			R\$ 109,98

4. Características do cartão

Este cartão é uma solução financeira que permite ao titular realizar compras e saques, tendo como diferencial a forma de pagamento do saldo devedor.

A quitação do valor mínimo da fatura é feita por meio de descontos automáticos no benefício do titular, limitada a 5% do total do benefício. Isso não apenas facilita o gerenciamento das finanças, mas também assegura conformidade com as normas do Banco Central, garantindo a

reserva de margem consignável. Este produto é ideal para quem busca comodidade e segurança financeira, **aliadas a taxas de juros mais acessíveis em comparação aos cartões de crédito tradicionais.**

5. Do Seguro

É um seguro de vida disponível para adesão no ato da contratação do Cartão Consignado BMG CARD, Saque Autorizado e Complementar.

O Seguro que está ativo em seu nome lhe oferece uma série de vantagens! Com ele você tem acesso à COMPRAS DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS DE FORMA GRATUITA, PODE PEDIR SOCORRO SE PRECISAR DE ELETRICISTA, CHAVEIRO OU ENCANADOR e o melhor: CONCORRE A PREMIO EM DINHEIRO MENSALMENTE COM OS NOSSOS SORTEIOS.

Diante da solicitação do Reclamante, realizamos o cancelamento do seguro citado, assim como o estorno dos valores cobrados.

Informamos que os estornos poderão ser visualizados na próxima fatura. Contudo, os valores não serão lançados realização ressarcimento, uma vez que o Reclamante possui saldo devedor ativo no cartão, o que ocasiona a compensação automática dos valores estornados.

6. Sistematica dos descontos

A particularidade do cartão consignado é o desconto do pagamento mínimo diretamente na folha ou no benefício do cliente, sendo facultado ao cliente a realização de pagamento complementar através da fatura disponibilizada. Enquanto houver saldo devedor haverá descontos referentes ao pagamento mínimo, que ocorre mensalmente e pode variar de acordo com o saldo devedor da fatura até o limite da margem consignável que neste caso é de **R\$75,90.**

Salientamos que o restante do débito deve ser quitado através da fatura disponibilizada mensalmente, pois, o não pagamento do valor integral da fatura acarreta a incidência de encargos rotativos sobre o saldo devedor remanescente.

É importante destacar que os descontos realizados em sua folha estão sendo utilizado mensalmente para pagamento do saldo devedor do cartão, porém, estes pagamentos não são suficientes para liquidação do saldo devedor total, já que equivalem apenas ao pagamento mínimo do débito.

Conforme mencionado, ao longo dos anos, foram realizados descontos em folha, porém não identificamos o pagamento complementar de forma mensal da fatura, ocasionando o saldo devedor atual. Isso ocorre porque o valor descontado mensalmente corresponde apenas ao valor mínimo da fatura, e o saldo remanescente é recalculado mensalmente com a inclusão de juros e encargos, conforme as características do cartão de crédito consignado.

Ressaltamos que a taxa de juros aplicada está de acordo com as condições do mercado, sendo uma taxa inferior a outros produtos, como empréstimos pessoais ou cartões de crédito convencionais, o que torna o financiamento menos oneroso ao longo do tempo.

Entendemos sua preocupação e estamos disponibilizando outras opções de parcelamento ou liquidação antecipada, o que permitirá a amortização dos juros de financiamento.

7. Esclarecimentos sobre o parcelamento da fatura.

O cartão de crédito consignado foi reformulado. Conforme as Instruções Normativas INSS/PRESS nºs 158/2023 e 161/2024, todas as Instituições Financeiras devem substituir o modelo de cobrança baseado no crédito rotativo pelo sistema de parcelamento do saldo devedor. Essa mudança visa aumentar a transparência e melhorar o controle de gastos dos usuários do cartão.

Isso porque, neste novo modelo, os gastos com compras e saques são divididos em parcelas mensais fixas, com a mesma taxa de juros do cartão. Isso proporciona um controle financeiro mais efetivo, permitindo que o titular saiba exatamente o valor cobrado em cada fatura e, principalmente, o tempo que levará para amortizar o seu saldo devedor.

O Bmg não deixou de comunicar essa ação de forma clara via e-mail e SMS, bem como em faturas com vencimento a partir de 10/12/2023, conforme evidência abaixo:

Aviso Importante: Temos novidades! A fatura do seu cartão será atualizada para o modelo parcelado a partir da próxima fatura. Saiba mais sobre a atualização em nosso blog ou entre em contato com nossos Canais de Atendimento para esclarecer dúvidas ou manifestar seu interesse em permanecer no modelo rotativo (saldo total das compras e saques na fatura do mês).

Atente-se ao campo: INFORMAÇÃO IMPORTANTE.

Sr. Cliente, em caso de solicitação de liquidação antecipada, favor entrar em contato com a Central de Relacionamento.

Vale mencionar que todas estas alterações foram devidamente comunicadas aos clientes do BMG por meio do alerta que passou a ser veiculado em todas as faturas emitidas a partir de dezembro de 2023.

Em razão de todas estas alterações, o saldo devedor da parte autora foi automaticamente parcelado pelo Banco BMG nas seguintes condições:

2229*****0040	FRANCISCO C BEZERRA	PARCELA DE FATURA (Parc. 1/95)	10/06/2025	R\$ 0,00	R\$ 12,48
2229*****0040	FRANCISCO C BEZERRA	Credito Fatura Parcelada	10/06/2025	R\$ 441,66	R\$ 0,00
2229*****0040	FRANCISCO C BEZERRA	Parcela Lojista MasterCard - MP *CARLINHOSMOTO (Parc. 2/3)	17/05/2025	R\$ 0,00	R\$ 50,00
2229*****0040	FRANCISCO C BEZERRA	Parcela Lojista MasterCard - MF MULTIMARCA (Parc. 2/2)	11/05/2025	R\$ 0,00	R\$ 42,50
2229*****0040	FRANCISCO C BEZERRA	Tarifa de Emissao - Banco BMG S/A (Parc. 3/3)	28/04/2025	R\$ 0,00	R\$ 5,00

Assim, após o término das parcelas e liquidação total do débito, a parte autora poderá acionar nossas centrais de atendimento para liberação da reserva da sua margem consignável.

8. Da proposta de acordo para liquidação do saldo devedor remanescente

Além da possibilidade de liquidação antecipada do saldo devedor, o Banco BMG apresenta a seguinte proposta de acordo:

Cartão: 2229.XXXX.XXXX.0040

Saldo devedor: R\$1.160,64

À vista: R\$ 476,64

Opções de parcelamento:

- **12 vezes** de R\$ 47,33
- **24 vezes** de R\$ 27,30
- **36 vezes** de R\$ 20,75
- **48 vezes** de R\$ 17,59
- **58 vezes** de R\$ 16,04

Propostas válidas até: 25/09/2025

Forma de pagamento: Pagamento boleto.

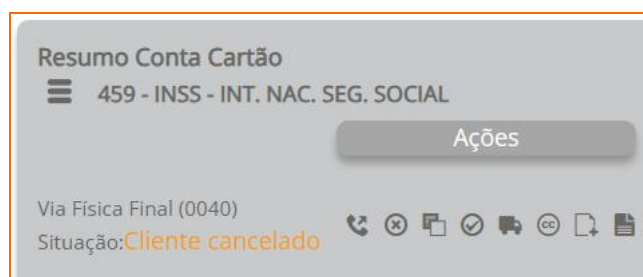
Código de barras: 31890.10204 55050.050206 92370.298819 7 12150000047664

Informações importantes da renegociação:

- Para sua comodidade, **geramos o boleto para quitação do seu cartão**, com vencimento em **25/09/2025**, caso opte pela **proposta à vista**.
- Quanto à **proposta parcelada**, o pagamento será realizado **por desconto em folha de pagamento**, conforme as regras do produto.

9. Do cancelamento do cartão

Atendendo à solicitação feita via PROCON, informamos que o cartão já se encontra cancelado e a margem será liberada em até 5 dias úteis, após a quitação do saldo devedor:



10. Dos pedidos

Diante do exposto, conforme fundamentação supra requer seja este processo administrativo julgado insubsistente e arquivado.

Alternativamente, caso julgado subsistente, requer seja a infração, penalizada tão somente com advertência, conforme os termos da fundamentação supra.

Ainda de forma alternativa, caso seja lavrada multa, requer seja observado e que se atenda aos princípios da proporcionalidade e razoabilidade, bem como, seu valor não caracterize confisco, consoante os termos da fundamentação supra.

Nesses termos, pede deferimento.

Belo Horizonte/MG, 15 de setembro de 2025.

GIOVANNA MORILLO VIGIL
DIAS COSTA:04957182620

Assinado de forma digital por
GIOVANNA MORILLO VIGIL DIAS
COSTA:04957182620

GIOVANNA MORILLO VIGIL DIAS COSTA

OAB/MG 91.567

 TERMO DE ADESAO CARTÃO DE CRÉDITO CONSIGNADO EMITIDO PELO BANCO BMG S.A E AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO	
Local e Data de Emissão: São Paulo/SP, 20/02/2025	
Nº ADE: 95526782	
I - DADOS PESSOAIS DO(A) TITULAR (ADERENTE)	
1. Nome do Cliente 2. CPF 3. Nº Doc. Ident. 4. Nº da matrícula ou benefício: 5. Estado Civil 6. Data Nascimento 7. Telefone (residencial / celular) 8. E-mail 9. Endereço Residencial Completo 10. Natureza da operação 11. Propósito da operação 12. Empregador – Entidade Pública Pagadora (CONSIGNANTE) / Convênio	1. FRANCISCO CLAUDIANO BEZERRA DE OLIVEIRA 2. 359.523.423-53 3. 2003010369525 4. 7143676803 5. Solteiro 6. 23/08/1958 7. --- / (85)99178-9982 8. --- 9. AV Lateral Sul 1102, QUADRA 2 BLOCO 11 CASA 1102, ACARACUZINHO, MARACANAU, CE, 61.920-710 10. Financeira 11. Cartão 12. INSS - INSTITUTO NACIONAL SEGURIDADE SOCIAL-
I.I - DADOS PESSOAIS DO REPRESENTANTE LEGAL	
Nome:	CPF:
O representante acima identificado, declara, sob as penas de lei, ao assinar este Termo, que possui todos os poderes legais e necessários à presente contratação em nome do Titular, bem como tem ciência que na eventual constatação de falsidade ou inveracidade com relação à declarações prestadas nesta contratação, este Termo será declarado vencido antecipadamente, respondendo, nas esferas cíveis e criminais, por todos os atos que excederem seus poderes, bem como pela quitação integral do saldo devedor do Titular, incluindo os encargos de inadimplemento, sem prejuízo das medidas legais e judiciais que poderão ser adotadas pelo Bmg para reaver o prejuízo causado.	
II - CARACTERÍSTICAS DO CARTÃO DE CRÉDITO CONSIGNADO	
1. Valor consignado para pagamento do valor mínimo indicado na fatura (observar limite legal estabelecido e os termos do convênio firmado junto ao conveniado) 2. Abrangência 3. Vencimento 4. Taxa de emissão (verificar se o convênio permite) 5. Cadastro (Apenas novo cadastro) 6. Forma de Pagamento: 7. Relação de BENEFÍCIOS (se aplicável)	1. R\$ 75,90 2. Internacional 3. Mensalmente, dia: --- 4. --- 5. --- 6. Mensal 7. ---
III - DADOS BANCÁRIOS DO(A) TITULAR – AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO EM CONTA	
Banco/ Nº Banco /Agência/ nº da Conta Corrente	BANCO DO NORDESTE BRASIL S/A/ 4 / 186 / 65707 - 2
IV - SEGURO DE PROTEÇÃO DE PERDA, ROUBO, EXTRAVIO OU SAQUE SOB COAÇÃO: ☐ Sim ☒ Não	
O Titular declara estar ciente de que em caso de inadimplência o seguro poderá ser suspenso ou cancelado.	
V – CANAL DE DISPONIBILIZAÇÃO DA FATURA	
☐ Canais Eletrônicos (internet banking e aplicativo) ☐ E-mail ☒ WhatsApp ☐ Correio	
VI - DADOS DO CORRESPONDENTE NO PAÍS/SUBSTABELECIDO (preenchimento exclusivo pelo Bmg)	
1. Empresa / CNPJ / Cód. Loja 2. Endereço/telefone 3. Nome/CPF do Agente de Venda	1. CREDIMIL PRESTACAO DE SERVICOS E PROMOTORA DE VENDAS LTDA- 32875 00.341.350/0018-60 32875 2. 5 449, Jereissati II, MARACANAU, CE, 61.901-100 (09)9910-1988 3. --- / 091.179.223-64
VII- CLAUSULAS E CONDIÇÕES APLICÁVEIS AO CARTÃO DE CRÉDITO CONSIGNADO EMITIDO PELO BANCO BMG S.A.	

1. **Adesão:** Ao assinar o presente documento (“**Termo**”) eu, TITULAR ou Representante Legal do TITULAR, me declaro vinculado, em caráter irrevogável, irretratável e de forma incondicional, ao disposto no Regulamento de Utilização dos Cartões de Crédito Consignados, incluindo o Cartão Consignado de Benefício do Banco Bmg, registrado no 3º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Registro Civil de Pessoa Jurídica de São Paulo sob o nº 8905949 em 17.04.2015, e suas posteriores alterações à margem registradas (“**Regulamento**”). 1.1. **Autorização para desconto:** Autorizo a minha fonte empregadora, de forma irrevogável e irretratável, a realizar o desconto mensal em minha remuneração/benefício (“**Renda mensal**”), em favor do Bmg para o pagamento correspondente de parte ou do valor integral do pagamento mínimo indicado na fatura mensal do meu Cartão de Crédito Consignado (“**BMG CARD**”) ora contratado. 1.2. **Principais Condições do BMG CARD:** Declaro que (a) estou ciente que o produto ora contratado se refere à um Cartão de Crédito Consignado, que funcionará como um cartão de

crédito, possibilitando a compra de bens e serviços em rede credenciada, até o **LIMITE DE CRÉDITO** conferido, para pagamento à vista ou parcelado, conforme opções disponíveis à ocasião, bem como realização de SAQUE de parte do limite do meu **BMG CARD**, o qual se aprovado, será realizado conforme condições específicas, mediante emissão de Cédula de Crédito Bancário (“CCB”); **(b)** o valor a ser averbado, conforme disposto no Quadro II deste Termo, está em conformidade com o pactuado, não sendo-me exigido qualquer outro encargo e/ou aquisição de outro(s) produto(s); **(c)** terei direito ao conjunto de **BENEFÍCIOS** indicados no **ANEXO** deste Termo desde que previsto nas regras da minha fonte empregadora e, o meu **BMG CARD** esteja em situação regular de utilização e pagamento, bem como sejam cumpridas as condições específicas de cada **BENEFÍCIO** a ele atrelado. **O conjunto de BENEFÍCIOS disponibilizados, assim como a relação de parceiros, poderão ser alterados a qualquer momento, a critério do Bmg, sendo que serei comunicado a esse respeito, salvo se estabelecido de forma diversa na regulamentação aplicável ao Cartão.** A responsabilidade pela qualidade e especificações técnicas dos produtos e serviços que compõem os **BENEFÍCIOS** é exclusiva dos parceiros que os prestarem ou fornecerem. **1.3.** Estou ciente que o **Bmg** poderá majorar ou reduzir o meu **LIMITE DE CRÉDITO**, mediante comunicado prévio que será enviado para mim, nos termos do Regulamento e da regulamentação sobre o tema, motivo pelo qual, desde já autorizo o **Bmg** a aumentar o meu **LIMITE DE CRÉDITO** do **BMG CARD** de forma automática, observado o **LIMITE CONSIGNÁVEL**. A presente autorização poderá ser revogada por mim, mediante contato junto à **Central de Relacionamento**. **1.3.1.** Estou ciente que poderá ser motivo para redução do meu **LIMITE DE CRÉDITO**, dentre outras hipóteses, a deterioração do meu perfil de risco de crédito, conforme política de gerenciamento do risco de crédito do **Bmg**. Estou ciente ainda de que o referido valor será automaticamente reduzido na mesma proporção de eventuais e futuras reduções em minha margem consignável. **1.4. SAQUE:** Declaro ter ciência que: **(a)** o SAQUE é um serviço facultativo atrelado ao **BMG CARD**, que somente será disponibilizado para mim nas hipóteses previstas na legislação/regulamentação aplicável e observando os termos e condições constantes no convênio firmado entre o **Bmg** e o empregador/conveniado; **(b)** o SAQUE através do **BMG CARD** poderá ser formalizado: **(i)** mediante a celebração da CCB física e/ou eletrônica, **(ii)** nos terminais de auto atendimento credenciados à bandeira, caso disponíveis; ou **(iii)** mediante outras formas disponibilizadas pelo **Bmg** para essa finalidade desde que permitidas na legislação/regulamentação aplicável; **(c)** ao contratar o SAQUE, observado o disposto no Regulamento, poderei optar pelo pagamento do valor da transação em parcelas fixas lançadas na fatura ou em uma única parcela no valor total da operação, sendo que, nesta última opção, caso eu não efetue o pagamento integral da fatura, o valor será cobrado na modalidade crédito rotativo. **1.4.1. Declaro que previamente à assinatura deste Termo fui devidamente informado de que a utilização do BMG CARD para a realização de determinadas transações, entre elas, a opção de contratação de saque na modalidade parcelamento ou crédito rotativo, acarretará a cobrança de encargos e tarifas, que serão informados para mim na fatura, nos termos do disposto no Regulamento e na legislação vigente.** **1.5. Autorização para débito na(s) conta(s) indicada(s):** Sem prejuízo da possibilidade de bloqueio ou cancelamento do **BMG CARD**, se, por qualquer motivo, o pagamento do saldo devedor do meu **BMG CARD** não for efetuado na forma prevista, deverei efetuar o pagamento do valor pendente, acrescido de eventuais encargos pelo atraso, ao **Bmg**, da seguinte forma, pela ordem: **(i)** débito na conta de minha titularidade, conforme autorizado; **(ii)** por meio de boleto bancário ou **(iii)** por qualquer outra forma que venha a ser disponibilizada pelo **Bmg**. Fica autorizado o **Bmg** a proceder o débito na conta do Quadro III e, caso não tenha saldo suficiente na conta: **(i)** efetuar lançamentos parciais e recorrentes, sem que haja alteração nesta contratação; e **(ii)** utilizar o limite do cheque especial. Essa autorização é dada por prazo indeterminado, até a liquidação integral do saldo devedor desta CCB. **1.5.1.** Autorizo, ainda, o **Bmg** a ter acesso aos meus dados de depósitos e aplicações em outras instituições financeiras, bem como operações de crédito tomadas com outras instituições financeiras, nos termos do artigo 1º, § 3º, V da Lei Complementar nº 105/01, que dispõe a não configuração de quebra de sigilo bancário a revelação de informações sigilosas com o expreso consentimento do interessado. **2. Seguro de Proteção de Perda, Roubo, Extravio ou Saque Sob Coação:** Autorizo a minha adesão ao Seguro Cartão Protegido, que garante indenização dentro dos limites e coberturas constantes nas condições que foram previamente apresentadas para mim. Declaro que recebi no ato da assinatura deste Termo, o RESUMO DAS CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS e o CERTIFICADO DE SEGURO contendo as coberturas a que tenho direito. Estou ciente e concordo que as condições completas do seguro estão à minha disposição no site www.general.com.br para consulta a qualquer tempo. Autorizo ainda que o prêmio de seguro seja cobrado através da fatura do **BMG CARD**. **3. Declarações:** Declaro, para os devidos fins, que: **(i)** informei o **Bmg** sobre o meu enquadramento como PEP “Pessoas Politicamente Expostas”, nos termos da Circular nº 3.978/20 do Bacen. **(ii)** minha movimentação financeira está sempre atrelada ao propósito e à natureza de relação de negócios, conforme declarado no item 10

e 11 do Quadro I do presente Termo, e que havendo qualquer mudança, comunicarei o Bmg; (iii) conheço as regras da Lei nº 9.613/98, que dispõe sobre os crimes de “lavagem de dinheiro” e normas complementares publicadas pelo Bacen e Conselho Monetário Nacional (“CMN”), tendo ciência de que o Bmg e as empresas do seu Grupo Econômico (controladas, controladoras ou sob controle comum) possuem a obrigação de comunicar ao Bacen sobre a ocorrência de determinadas operações, nada tendo a opor quanto ao referido procedimento, sendo que os meus investimentos e movimentações financeiras são compatíveis com minha atividade, rendimentos e situação patrimonial, motivo pelo qual afirmo que os recursos movimentados e/ou investidos por mim não provêm de atividade ilícita. **3.1. Tratamento de Dados:** Declaro estar ciente que o Bmg realizará o tratamento dos meus dados pessoais relacionados a este Termo em observância à legislação e aos normativos setoriais que dispõem sobre Proteção de Dados Pessoais, em especial, a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/18). **3.1.1.** O tratamento de dados de pessoas físicas (clientes, representantes e sócios/acionistas de pessoa jurídica) poderá ser realizado para desempenho de atividades do Bmg, tais como: (i) efetivar e operacionalizar a relação contratual prevista na presente CCB; (ii) realizar cobrança judicial ou extrajudicial, inclusive via parceiros; (iii) compartilhar dados com correspondentes bancários, instituições financeiras e eventuais cessionários da presente CCB, bem como, com autoridades judiciais, policiais, governamentais ou órgãos reguladores, para cumprimento de obrigações contratuais, legais ou regulatórias do Bmg; (iv) consultar e informar os dados relativos a todas as obrigações assumidas por mim para constarem em banco de dados de proteção ao crédito e do SCR; (v) realizar análises para fins administrativos, antifraude, marketing, concessão de crédito realizados pelo Bmg ou via fornecedores; (vi) realizar cross sell com produtos de parceiros ou do Conglomerado do Bmg. **3.1.2.** Estou ciente que a qualquer momento poderei exercer os direitos indicados na Lei nº 13.709/2018 através dos canais digitais do Bmg. **3.1.3.** O detalhamento sobre os tratamentos de dados realizados pelo Bmg consta na Política de Privacidade disponível em: <https://www.bancobmg.com.br/politica-de-privacidade.htm>. **3.2. Com a finalidade específica de subsidiar procedimentos e controles para prevenção de fraudes, eu neste ato declaro ter conhecimento de que o Bmg realizará o registro e o compartilhamento dos meus dados pessoais e de informações sobre operações financeiras que configurem indícios de ocorrências ou de tentativas de fraudes, conforme as normas do Bacen e do CMN. Os dados e informações serão compartilhados com as instituições autorizadas pelo Bacen em sistema eletrônico devidamente autorizado por esta Autarquia. 3.3. Sistema de Informações De Crédito (SCR) e Cadastro Positivo:** Autorizo expressamente o Bmg e qualquer Instituição pertencente ao Grupo Financeiro Bmg, nos termos da Resolução CMN nº 5.037/2022, a (i) fornecer ao Bacen, a qualquer tempo, dados a respeito de minhas dívidas a vencer e vencidas, inclusive em atraso e baixadas com prejuízo, o valor das obrigações assumidas; (ii) consultar e acessar o SCR sobre informações registradas em meu nome, por outras instituições financeiras, vedada a sua divulgação; e (iii) consultar e compartilhar minhas informações cadastrais com outras instituições financeiras ou assemelhadas e utilizá-las para fins administrativos, podendo o Bmg praticar todos os atos para tanto necessários. **3.3.1.** Estou ciente que: (i) a finalidade do SCR é prover o Bacen de informações para supervisão do risco de crédito e propiciar troca de informações entre instituições financeiras ou assemelhadas; e (ii) a consulta ao SCR depende desta autorização prévia. **3.4. Nos termos da Lei nº 12.414/2011, autorizo o Bmg a enviar meus dados aos gestores dos bancos de dados do cadastro positivo, bem como autorizo o compartilhamento de minhas informações. 3.4.1.** Declaro ter ciência de que poderei acessar os referidos dados a qualquer momento e caso constate divergências ou inverdades quanto aos mesmos poderei solicitar a sua modificação ou cancelamento mediante o envio de requerimento fundamentado direcionado à instituição responsável pela remessa da(s) referida(s) informação(ões). **3.5. Formalização Eletrônica: A confirmação da contratação do BMG CARD e das suas condições finais serão realizadas por meio físico ou meio eletrônico e, neste caso, reconheço a validade da assinatura eletrônica para a assinatura deste Termo e formalização da contratação do BMG CARD, nos moldes da Medida Provisória 2.200-2/02.** **3.6.** Estou ciente que a minha fatura será disponibilizada conforme opção assinalada no Quadro V do preâmbulo. **3.7. Autorizo que o Bmg e/ou empresas do seu Grupo Econômico, assim como seus contratados e/ou parceiros, me enviem mensagem eletrônica(e-mail), SMS por telefone ou por meio de aplicativos, tal como o WhatsApp, com informações sobre o BMG CARD, inclusive acerca da fatura, cobrança, produtos e serviços oferecidos pelo Bmg e/ou por qualquer dessas empresas, podendo cancelar a presente autorização a qualquer momento mediante contato junto à Central de Relacionamento. Tal revogação não se aplica aos contatos realizados pelo Bmg para fins de efetuar a cobrança de débitos não pagos por mim, nos termos da legislação aplicável. 3.8. Direito de Arrependimento: Tendo a presente contratação ocorrido por meio remoto, poderei, no prazo de até 7 (sete) dias após a aprovação da presente contratação, solicitar o seu cancelamento.** **3.9. Prevenção ao Superendividamento:** Declaro que, antes da presente contratação,

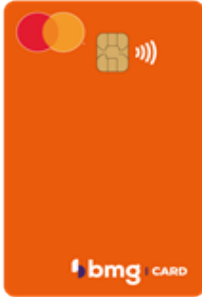
tomei ciência de todas as opções de crédito disponibilizadas pelo Bmg, sendo alertado de forma clara e objetiva acerca da utilização do crédito de forma consciente e, assim, após verificar minha condição de pagamento, esta contratação se mostrou adequada a minha atual situação financeira, não implicando em excessivo endividamento, nem prejudicando a minha subsistência. **3.9.1.** Me comprometo a manter meus dados cadastrais e econômicos atualizados junto ao Bmg, principalmente, se tais atualizações gerarem impacto no cumprimento das obrigações decorrentes do **BMG CARD**, ou na minha margem consignável, como por exemplo variações na minha renda, contratações de novas operações de crédito, a fim de evitar o meu superendividamento. **3.9.2.** Na ocorrência destes fatos, me obrigo a entrar em contato imediatamente com o Bmg, nos canais de atendimento disponibilizados, para informá-lo de minha atual condição econômico-financeira, a fim de possibilitar ao Bmg, conforme suas políticas, avaliar as possibilidades para que o pagamento da dívida esteja em conformidade com a minha margem consignável e adequado às minhas novas condições financeiras. **CANAIS DE ATENDIMENTO: Central de Relacionamento BMG CARD 4002 7007** (ligações de celular) e **0800 770 1790** (ligações de tel. fixo) / **SAC 0800 9799 099** / **Deficientes auditivos e ou de fala 0800 9797 333** (Atendimento 24 horas, 7 dias por semana) / Se sua reclamação foi tratada em nossos canais de atendimento, mas a solução oferecida não foi satisfatória, procure a **OUVIDORIA 0800 723 2044** de segunda a sexta-feira de 08:00 às 20:00.

Assine abaixo e confirme a contratação de seu BMG CARD

Assinatura do TITULAR ou seu Representante Legal:

Assinatura do cliente: Assinatura Eletrônica firmada por Biometria Facial

Autenticação eletrônicaC5EA6BE43C581633A0044CCB99D36665 | Data/Hora: 20/02/2025 10:33:20 | IP/Terminal: 177.191.248.84 | Localizacao: -3.8785392 | -38.6207508\$



Declaração se analfabeto ou impedido de assinar: Eu, assinante a rogo do TITULAR, abaixo qualificado, declaro que ouvi atentamente a leitura das condições deste Termo ao TITULAR, e por não restar nenhuma dúvida acerca da contratação, assino a rogo do TITULAR, na presença de 2 (duas) testemunhas abaixo qualificadas, para que este possa surtir seus devidos efeitos jurídicos e legais.



A rogo do TITULAR, assina o rogado:

Nome: _____

CPF ou CI: _____

Testemunhas: _____

Nome:
CPF:

Nome: _____
CPF: _____

ANEXO – BENEFÍCIOS DO CARTÃO

		SEGURO DE VIDA CARTÃO DE CRÉDITO CONSIGNADO (BMG CARD)			
Seguradora: Generali Brasil Seguros S.A. CNPJ sob o nº 33.072.307/0001-57 Cosseguradora: BMG SEGURADORA S.A. CNPJ sob o nº 26.136.748/0001-00.		Nº Apólice: 789319900007000 78931990000700 789322900007004 789322900007005	Corretor: CMG – Corretora de Seguros CNPJ: 22.456.213/0001-65 Estipulante: Banco BMG S.A. 61.186.680/0001-74	Código SUSEP GENERALI: 102037134-9 Código SUSEP BMG SEGURADORA: 03417	Nº do Contrato (ADE): 95526782
COBERTURAS e DADOS DO SEGURO					
A Vigência do seguro é de 24 (vinte e quatro) meses, contatos da contratação do cartão; ou da utilização do cartão para compras ou saques; ou do último desconto em folha.					
As coberturas e os benefícios aplicáveis ao plano de seguro estão apresentados na tabela abaixo e serão informados no Certificado Individual do Seguro, que será disponibilizado no site https://certificados.generalibrasil.com.br/bmg e poderá ser acessado com seu CPF e data de nascimento.					
Morte R\$2.000	Morte Acidental R\$2.000	Aux. Funeral R\$ 2.000	Assistência. Funeral SIM TITULAR – R\$ 2.000	Desconto Medicamento De 15% a 80%	
PRÊMIO DO SEGURO E FORMA DE PAGAMENTO: Pago pelo estipulante, sem qualquer custo adicional ao Segurado.					
DECLARAÇÕES:					
Declaro que as informações contidas neste documento e seus anexos são verdadeiras e completas e assumo total responsabilidade pela sua exatidão, inclusive que tomei conhecimento na íntegra das Condições Gerais desta adesão, que foram integralmente lidas e aceitas por mim. Estou ciente de que, o BMG possui uma apólice de seguros de vida coletiva, contratada em benefício de seus clientes do Cartão de Crédito Consignado, pelo regime não contributivo e, para fazer parte desse benefício e cumprir as formalizações exigidas pela regulamentação, assino a presente Proposta de Adesão ao Seguro Coletivo, na qualidade de Proponente. Tenho ciência de que o Seguro é não contributivo, ou seja, pago 100% pelo Estipulante. Estou ciente de que qualquer indenização por sinistro somente será liquidada após o pagamento do devido prêmio por parte do Estipulante, a caracterização da elegibilidade do evento coberto e o seu amparo pelo seguro e que, de acordo com o artigo 766 do Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação e/ou taxação do risco pela Seguradora, perderei o direito a qualquer indenização. Estou ciente, ainda, de que a aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco e que o não pagamento do prêmio por parte do Estipulante poderá ocasionar o cancelamento do seguro, observadas as disposições das condições contratuais do seguro e legislação aplicável à espécie. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da presente Proposta, sendo autorizada a solicitação de documentos complementares, uma única vez, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, durante esse prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação. A Seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta. Estou ciente de que, não tendo interesse na manutenção da renovação do seguro, deverei manifestar-me previamente ao encerramento do prazo de vigência em curso, nos termos das Condições Gerais do Seguro. Na ausência de manifestação, estou ciente de que o seguro será renovado e concordo em manter meu vínculo. Autorizo, também, a automática renovação do seguro e que o ESTIPULANTE me represente nas referidas renovações. Estou ciente, ainda, que o registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização e que poderei consultar a situação cadastral do corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF". Ao contratar o seguro objeto deste documento, reconheço e concordo, expressamente, que meus dados pessoais ("Informações") serão utilizados para os fins necessários à consecução do seu objeto, inclusive meus dados de saúde obtidos quando da utilização das assistências à saúde. Ainda, reconheço e autorizo, expressamente, que os meus dados pessoais possam ser revelados a terceiros (drogarias, farmácias, hospitais, laboratórios, clínicas, entre outros prestadores de serviços da Saúde), seja mediante a distribuição de cópias, compilações, extratos, análises, cruzamento de dados ou outros meios que contenham ou de outra forma reflitam referidas Informações, estendendo aos terceiros (drogarias, farmácias, hospitais, laboratórios, clínicas, entre outros prestadores de serviços da Saúde), a autorização para realizarem o tratamento dos meus dados pessoais conforme aqui descrito e seguindo as diretrizes da Política de Privacidade da Generali e dos terceiros prestadores das Assistências. Para obter mais informações sobre como a Generali cuida dos seus dados pessoais, bem como para entender como você pode exercer seus direitos relacionados aos seus dados pessoais, consulte a nossa Política de Privacidade, disponível em (https://www.generalibrasil.com.br). Caso você ainda tenha dúvidas sobre esse assunto, fique à vontade para entrar em contato conosco pelo e-mail: privacidade@generalibrasil.com.br.					
DECLARAÇÃO DO PROPONENTE					
Em atendimento à Resolução CNSP 382/2020, o Proponente declara que foi informado pelo Estipulante que o mesmo tem contrato de exclusividade com a Seguradora para a comercialização e oferta deste produto, bem como que lhe foi prestado todo o esclarecimento necessário, por parte dos intermediários, em relação às disposições contidas na Resolução CNSP 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização das informações previstas no art. 4º, §1º da Referida Resolução.					
COBERTURAS, PRÊMIO E BENEFICIÁRIOS LEGAIS					
Os valores definitivos de cobertura e prêmio serão informados no Certificado Individual do Seguro. Os Beneficiários são as pessoas físicas designadas para receber os valores dos Capitais Segurados na ocorrência do Sinistro coberto. Os beneficiários serão designados livremente pelo Segurado. O SEGURADO poderá alterar, a qualquer momento, o beneficiário através de solicitação formal, escrita, assinada e enviada para a Seguradora. Na falta de indicação expressa serão beneficiários aqueles indicados por lei.					
Características do Seguro, Coberturas e Benefícios Complementares					
1.1 Seguradora: Generali Brasil Seguros S.A. CNPJ sob o nº 33.072.307/0001-57. % de Responsabilidade: 60%					
1.2 Cosseguradora: BMG SEGURADORA CNPJ sob o nº 26.136.748/0001-00. % de Responsabilidade: 40%					
3.4 Coberturas:					

COBERTURA DE MORTE: Cobertura securitária regulada pela GENERALI BRASIL SEGUROS AS. CNPJ sob o nº 33.072.307/0001-57, Código SUSEP 0590-8, processo SUSEP nº 15414.901147/2014-38. Tem por objetivo realizar o pagamento de até R\$2.000,00 (dois mil reais) em caso de falecimento do segurado, respeitando as regras para acionamento do sinistro. Serviço não cumulativo com a assistência funeral.

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL: Cobertura securitária regulada pela GENERALI BRASIL SEGUROS AS. CNPJ sob o nº 33.072.307/0001-57, Código SUSEP 0590-8, processo SUSEP nº 15414.901147/2014-38. Tem por objetivo realizar o pagamento de até R\$2.000,00 (dois mil reais) em caso de falecimento do segurado, respeitando as regras para acionamento do sinistro. Serviço não cumulativo com a assistência funeral.

Auxílio Funeral: Cobertura securitária regulada pela GENERALI BRASIL SEGUROS AS. CNPJ sob o nº 33.072.307/0001-57, Código SUSEP 0590-8, processo SUSEP nº 15414.901147/2014-38. Tem por objetivo realizar o pagamento de até R\$2.000,00 (dois mil reais) em caso de falecimento do segurado, respeitando as regras para acionamento do sinistro. Serviço não cumulativo com a assistência funeral.

Assistência Funeral: Tem por objetivo a prestação do serviço de Assistência funeral na hipótese de morte do SEGURADO no valor de até R\$2.000,00 (dois mil reais). O serviço não prevê reembolso. O SEGURADO deverá entrar em contato com a Central de Atendimento 0800 591 2053, ocasião em que receberá as instruções necessárias.

Assistência Desconto Farmácia Tem por objetivo a prestação do serviço de desconto em medicamentos regulados pela ANVISA e constantes na ABCFARMA, comercializados em redes de farmácia e drogarias credenciadas. O serviço não prevê reembolso. O SEGURADO deverá entrar em contato com a Central de Atendimento 0800 7070211 ou 3004 5858 (Capitais), ocasião em que receberá as instruções necessárias.

Os benefícios e serviços, são garantidos pela GENERALI BRASIL SEGUROS AS. CNPJ sob o nº 33.072.307/0001-57, Código SUSEP 0590-8, processo SUSEP nº 102037134-9, estabelecida no endereço R. Barão de Tefé, 34 - 16º andar, Centro - Rio de Janeiro - CEP 2004-002, com 60% de responsabilidade e pela cosseguradora BMG SEGURADORA S.A. CNPJ sob o nº 26.136.748/0001-00, Código SUSEP 03417, estabelecida no endereço, Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 1.830, 10º andar, conjunto 02, sala 06, Condomínio Edifício São Luiz, Vila Nova Conceição, Cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, CEP 04543-000, com 40% de responsabilidade. Cada seguradora responderá nos limites de sua obrigação assumida no cosseguro e na equivalência do prêmio que para tanto recebeu, e não haverá solidariedade entre as seguradoras. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização. SUSEP – Superintendência de Seguros Privados – Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros. As condições contratuais do Plano de Seguro encontram-se registradas na SUSEP de acordo com o número de Processo SUSEP e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br ou no site www.generalibrasil.com.br. Serviço de Atendimento ao Público SUSEP: 0800-0218484. Corretora de Seguros – CMG Corretora de Seguros CNPJ 22.456.213/0001-65, Código SUSEP 10.2037134.9. O SEGURADO poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF. Comunicamos que a **Generali Brasil Seguros S.A** possui canais específicos para que sejam relatadas quaisquer reclamações ou dúvidas relacionadas ao seu seguro, centrais de atendimentos 0800 728 2076 de segunda a sábado das 08h00 às 20h00, SAC 0800 889 0200 disponível 24 (vinte e quatro) horas por 7 dias na semana, pessoas com deficiência auditiva ou de fala deverão ligar para 0800 889 0400 e ouvidoria 0800 880 3900 de segunda a sexta – feira das 09 horas às 18 horas. **Informações referentes a aquisição do seguro- Canal de atendimento Banco BMG:** 4002-7007 Ligações de celular, 0800 770 1790 Ligações de telefone fixo, 08009799099 SAC, 08007232044 Ouvidoria (9h00 às 18h00), 08009797333 Deficiente auditivo e/ou de fala. O certificado do seguro será disponibilizado através do site www.generalibrasil.com.br

Assinatura do cliente: Assinatura Eletrônica firmada por Biometria Facial



C5EA6BE43C581633A0D44CCB99D36665 | Data/Hora: 20/02/2025 10:33:20 | IP/Terminal: 177.191.248.84 | Localizacao: -3.8785392 | -38.6207508\$[_assinatura_eletronica]

DECLARAÇÃO SE ANalfabeto ou IMPEDIDO DE ASSINAR: Declaro que ouvi atentamente a leitura deste Termo de Adesão na presença das testemunhas abaixo, tendo compreendido seu conteúdo, estou ciente de todas as condições e obrigações assumidas.

A rogo do **TITULAR**, assina o rogado: _____

Nome: _____ CPF ou CI: _____

Testemunhas: _____

Nome/CPF: _____

Nome/CPF: _____

V.CO.01



Em cumprimento à sentença judicial proferida nos autos da Ação Civil Pública n. 106890-28.2015.4.01.3700, 3ª Vara Federal da Seção Judiciária de São Luís/MA, proposta pela Defensoria Pública da União.

I - TITULAR: 1. Nome Completo do TITULAR / 2. CPF / 3. Nº do Benefício:	1. FRANCISCO CLAUDIANO BEZERRA DE OLIVEIRA / 2. 359.523.423-53 / 3. 7143676803
II - PRAZO PARA LIQUIDAÇÃO DO SALDO DEVEDOR: Desde que cumpridas as condições descritas no item VI, abaixo, o saldo devedor do cartão será liquidado ao final de até: 96 meses	

Eu, acima qualificado como titular do cartão de crédito consignado contratado com o Banco BMG S/A, 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 BMG S.A, já que, caso a fatura não seja integralmente paga até 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 Consignado, para saques ou compras, em uma única transação, o saldo devedor do cartão será liquidado até o termo final do prazo citado na campo II do Quadro Preambular, 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 TITULAR poderá entrar em contato, gratuitamente, com o Banco BMG S.A através dos seguintes Canais de atendimento: Central de Relacionamento BMG CARD 4002 7007 (ligações de celular) e 0800 770 1790 (ligações de tel. fixo) /Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 979 9099 /Deficientes auditivos e ou de fala 0800 979 7333 / OUVIDORIA 0800 723 2044

Local e data: São Paulo/SP, 20/02/2025

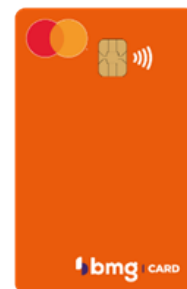
Assinatura do cliente: Assinatura Eletrônica firmada por Biometria Facial

Assinatura eletrônica: C5EABBE43C581633A0044CCB99D36665 | Data/Hora: 20/02/2025 10:33:20 |
IP/Terminal: 177.191.248.84 | Localizacao: -3.8785392 | -38.6207508

DECLARAÇÃO SE ANALFABETO OU IMPEDIDO DE ASSINAR: Declaro que ouvi atentamente a leitura deste Termo de Adesão na presença das testemunhas abaixo, tendo compreendido seu conteúdo, estou ciente de todas as condições e obrigações assumidas.

A rogo do(a) **TITULAR**, assina o rogado: _____
Nome: _____ CPF ou CI: _____

Testemunhas: _____
Nome/CPF: _____ Nome/CPF: _____



		CÉDULA DE CRÉDITO BANCÁRIO ("CCB") CONTRATAÇÃO DE SAQUE ATRAVÉS DO CARTÃO DE CRÉDITO CONSIGNADO		Número da CCB 95526782	
Local e Data de Emissão: São Paulo/SP, 20/02/2025		☒ Via Negociável		☐ Via Não Negociável	
QUADRO I – Credor (BMG)					
BANCO BMG S.A., CNPJ 61.186.680/0001-74, Av. Pres. Juscelino Kubitschek, 1830, 1ª torre, 10º andar, CEP: 04543-900, São Paulo/SP					
QUADRO II – Qualificação do Cliente (EMITENTE)					
1. Nome do Cliente		1. FRANCISCO CLAUDIANO BEZERRA DE OLIVEIRA			
2. CPF		2. 359.523.423-53			
3. Nº Doc. Ident.		3. 2003010369525			
4. Matrícula		4. 7143676803			
5. Estado Civil		5. Solteiro			
6. Data Nascimento		6. 23/08/1958			
7. Telefone		7. --- / (85)99178-9982			
8. E-mail		8. ---			
9. Endereço Residencial Completo		9. AV Lateral Sul 1102, QUADRA 2 BLOCO 11 CASA 1102, ACARACUZINHO, MARACANAÚ, CE, 61.920-710			
QUADRO II.I – Qualificação do Representante Legal					
Nome:		CPF:			
Atenção: O representante acima identificado, declara, sob as penas de lei, ao assinar esta CCB, que possui todos os poderes legais e necessários à presente contratação em nome do Emitente, bem como tem ciência que na eventual constatação de falsidade ou inveracidade com relação à declarações prestadas nesta contratação, esta CCB será declarada vencida antecipadamente, respondendo o representante legal, nas esferas cíveis e criminais, por todos os atos que excederem seus poderes, bem como pela quitação integral da dívida representada por esta CCB, incluindo os encargos de inadimplemento, sem prejuízo das medidas legais e judiciais que poderão ser adotadas pelo BMG para reaver o prejuízo causado.					
QUADRO III – Características da Operação de Crédito					
1. Finalidade da Operação		1. Livre Utilização			
2. Valor Total da operação		2. R\$ 1.712,33			
3. Valor liberado ao EMITENTE		3. R\$ 1.699,60			
4. Quantidade e Valor de cada parcela		4. 96 Parcela(s) de R\$ 47,41			
5. Data de vencimento		5. Mensalmente, dia: 10			
6. Taxa de Juros Remuneratórios (% a.m / % a.a.)		6. 2,46% / 33,86%			
7. IOF		7. R\$ 12,73			
8. Informações sobre o Seguro		8. ---			
QUADRO III.I – Demonstrativo do Custo Efetivo Total (¹ Valor em R\$ / % sobre o Valor total da Operação)					
1. Valor Total da Operação ¹ (2+3a+3b+3c+3d)		1. R\$ 2.026,51 /100,00%			
2. Valor liberado ¹		2. R\$ 1.699,60 /83,87%			
3. Despesas vinculadas à concessão do crédito ¹ :		3. . R\$ 326,91 /16,13%			
(a)IOF (se financiado) ¹		(a) R\$ 12,73 /0,63%			
(b).Tarifa de Cadastro ¹		(b) R\$ 0,00 / 0,00%			
(c). Tarifa de Saque ¹		(c) R\$ 0,00 /0,00%			
(d). Seguro (se financiado) ¹		(d) R\$ 314,18 /15,50%			
4. Custo Efetivo Total (CET) (% a.m / % a.a.)		4. 3,09% / 44,81%			
5. Somatório das parcelas que compõem a operação (Quadro III, item 4)		5. R\$ 4.551,36			
Custo Efetivo Total: Declaro que fui informado do CET e que este corresponde à taxa de juros, tributos, tarifas, seguros, bem como outras despesas autorizadas por mim de acordo com as condições vigentes na data da contratação.					
Encargos de atraso: Em caso de atraso no pagamento das parcelas desta operação, incidirão sobre os valores em atraso, até a data do efetivo pagamento: (i) juros remuneratórios conforme informados acima; (ii) juros moratórios de					

1% (um por cento) ao mês; (iii) multa de 2% (dois por cento) sobre o valor total apurado; e (iv) ressarcimento do Bmg por eventuais despesas para a cobrança da minha dívida, inclusive, honorários advocatícios.
Tipo de operação de crédito: Crédito Pessoal oriundo de SAQUE realizado por meio de uso do limite do cartão de crédito consignado emitido pelo Banco Bmg, de titularidade do EMITENTE ("Cartão"). 1.Data de adesão ao cartão/Número da ADE (Adesão): 20/02/2025 / ---
Forma de pagamento: Mediante lançamento da(s) parcela(s) na fatura do Cartão, acrescido das tarifas, despesas e demais custos relacionados à operação de crédito contratada, conforme disposto no presente Quadro. Remuneração total líquida antes do desconto: - Remuneração líquida após o desconto da parcela: - – Esclarecemos que se trata de uma previsão, baseada nas informações disponibilizadas ao credor previamente à assinatura desta CCB, e poderá sofrer alterações posteriores por motivos alheios ao credor, como modificação ou inclusão de outros descontos, compulsórios ou facultativos.

QUADRO IV – Informações para Liberação do Crédito e Autorização de Débito	
1. Forma de liberação:	1. Transferência bancária
2. Dados para crédito (Banco/Agência/Conta)	2. BANCO DO NORDESTE BRASIL S/A/ 4 / 186 / 65707 - 2
QUADRO V – Dados do Correspondente no País/Substabelecido (preenchimento exclusivo do Banco):	
1. Empresa / CNPJ /telefone	1. CREDIMIL PRESTACAO DE SERVICOS E PROMOTORA DE VENDAS LTDA-32875 / 00.341.350/0018-60 / (09)9910-1988
2. Endereço	2. 5 449, Jereissati II, MARACANAU, CE, 61.901-100
3. Nome/CPF do Agente de Venda	3. --- / 091.179.223-64

1. Promessa de pagamento: Prometo pagar por esta cédula ao **BANCO BMG S.A ("Bmg")**, na praça da sua sede ou à sua ordem, em moeda corrente nacional, a quantia certa, líquida e exigível informada no Quadro III, constante no preâmbulo deste instrumento, mediante a forma por ele indicada no mesmo Quadro, ou por outro meio acordado entre as partes, conforme apuração do saldo devedor, bem como as condições previstas no presente título. **1.1.** Declaro estar ciente que o valor da(s) parcela(s) do meu SAQUE será lançado na fatura do meu Cartão de Crédito Consignado, ("Cartão"), observada a data de vencimento, e que o valor deste SAQUE comprometerá parte do meu limite de crédito disponibilizado para utilização do Cartão. **1.2.** O valor da(s) parcela(s) será lançado na minha fatura do Cartão e irá compor o saldo devedor da fatura, de forma que deverá ser pago juntamente com as demais despesas lançadas na fatura, no mesmo mês de vencimento. **1.2.1.** Estou ciente que apenas o valor mínimo indicado na fatura será pago por meio de desconto diretamente em minha remuneração/benefício ("Renda mensal"), podendo ocorrer de forma integral ou parcial a depender da disponibilidade da minha margem consignável no mês, sendo que o saldo devedor restante da minha fatura deverá ser pago por mim ao Bmg para que eu não fique em atraso. **1.2.2.** Se eu não pagar o valor integral da minha fatura no vencimento, estou ciente que o valor em atraso será cobrado com os encargos informados na minha fatura, conforme regras previstas no Regulamento de Utilização dos Cartões de Crédito Consignados, incluindo o Cartão Consignado de Benefício do Banco Bmg, registrado no 3º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Registro Civil de Pessoa Jurídica de São Paulo sob o nº 8905949 em 17.04.2015, e suas posteriores alterações à margem registradas ("Regulamento"), o qual declaro que li antes da assinatura da presente CCB e pode ser novamente consultado por mim, a qualquer momento, no site do Bmg www.bancobmg.com.br e nos canais de atendimento. **1.2.3.** Se, por qualquer motivo, o pagamento não for efetuado na forma prevista, deverei efetuar o pagamento da(s) parcela(s) pendente(s), acrescido de eventuais encargos pelo atraso, ao Bmg, da seguinte forma, pela ordem: (i) débito na conta de minha titularidade, conforme autorizado; (ii) por meio de boleto bancário ou (iii) por qualquer outra forma que venha a ser disponibilizada pelo Bmg. **Fica autorizado o Bmg a proceder o débito na conta do Quadro IV e, caso não tenha saldo suficiente na conta: (i) efetuar lançamentos parciais e recorrentes, sem que haja alteração nesta contratação; e (ii) utilizar o limite do cheque especial.** **1.3.** Declaro que não realizarei depósitos, identificados ou não, na conta corrente do Bmg, sem que este tenha expressamente me autorizado a seguir com essa forma de pagamento. **1.3.1.** Qualquer depósito feito por mim em desacordo com este item não constituirá quitação de valores e, caso identificado, será devolvido pelo Bmg.

2. Forma de liberação: Receberei o valor líquido proveniente do SAQUE, conforme opção definida no Quadro IV desta CCB, e, de acordo com as regras pela minha Fonte Pagadora. **2.1.** Em caso de ausência ou insuficiência de limite de crédito disponível para utilização por meio do Cartão, estou ciente que esta contratação poderá ser cancelada ou o valor total da operação poderá ser reduzido de forma que o valor da operação se adeque ao limite disponível, o que gerará, consequentemente, uma redução do valor líquido disponibilizado para mim. **2.2.** Estou ciente que estou pegando dinheiro do limite do meu Cartão, por meio da realização de SAQUE. Fui informado que o SAQUE não é uma operação de empréstimo consignado, sendo a taxa de juros do empréstimo consignado inferior à taxa de juros do Cartão.

3. Encargos: Sobre o Valor da Operação contratada incidirão os encargos financeiros previstos no Quadro III da CCB emitida, desde a data da liberação dos recursos até a data do vencimento da parcela devida. Os juros serão calculados de forma mensal e capitalizada, conforme permitido em lei. **3.1.** A falta de pagamento de qualquer parcela no vencimento poderá ocasionar no vencimento antecipado desta CCB, conforme previsto nas Condições Gerais da Cédula de Crédito Bancário, registradas 10 de fevereiro de 2017 perante o 7º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e

Civil de Pessoa Jurídica da Capital do Estado de São Paulo sob o nº 1.948.948 (“Condições Gerais”) e suas posteriores alterações registradas à margem do referido registro, as quais declaro que foram disponibilizadas para mim previamente à emissão da CCB e encontram-se disponíveis nos canais de atendimento do Bmg e no site. Além disso, tal condição autorizará o Bmg a cobrar de mim os encargos indicados no Quadro III.I desta CCB.

4. Liquidação Antecipada: Estou ciente que posso realizar o pagamento antecipado do meu saldo devedor com redução proporcional dos juros, a qualquer momento, entrando em contato com os canais de atendimento do Bmg.

5. Cessão: O Bmg poderá, a seu exclusivo critério, ceder ou transferir a terceiros esta CCB, independente de notificação ou aviso prévio, conforme previsto em lei.

6. Portabilidade: Estou ciente que, desde que observadas as disposições legais e regulamentares vigentes, poderei exercer o meu direito de portabilidade a qualquer tempo.

7. Direito de Arrependimento: Estou ciente que se fiz esta contratação por meio remoto (por telefone, dispositivos móveis de comunicação, caixas eletrônicos, internet ou correspondente), poderei solicitar o seu cancelamento, no prazo de até 7 dias após o recebimento do valor da operação contratada, desde que eu devolva integralmente o valor recebido. As orientações deverão ser obtidas na Central de Relacionamento Bmg.

8. Declarações: Ratifico as autorizações concedidas por mim ao Bmg nas Condições Gerais, inclusive, mas não limitado às relacionadas ao tratamento dos meus dados pessoais, conforme Política de Privacidade do Bmg disponível no site, ao Sistema de Informações de Créditos(SCR), cadastro positivo e tratamento e compartilhamento de dados e informações sobre indícios de fraudes, que tem a finalidade específica de subsidiar procedimentos e controles para prevenção de fraudes, declarando que tomei conhecimento, de forma prévia e geral, que o Bmg realizará o registro e o compartilhamento de meus dados pessoais e de informações sobre operações financeiras que configurem indícios de ocorrências ou de tentativas de fraudes, conforme regulamentação bancária. Os dados e informações serão compartilhados com as instituições autorizadas pelo Bacen em seu sistema eletrônico.

9. Declaração Final: Declaro que (i) li e compreendi o sentido e o alcance de todas as disposições acima e da íntegra das Condições Gerais da CCB, cuja cópia foi entregue neste ato; (ii) a operação contratada está adequada a minha necessidade, interesses e objetivos; (iii) antes da contratação verifiquei todas as opções de crédito disponibilizadas pelo Bmg, sendo alertado(a) de forma clara sobre utilização do crédito de forma consciente; e (iv) após verificar a condição de pagamento, esta contratação se mostrou adequada a minha atual situação financeira, não implicando em excessivo endividamento, nem prejudicando a minha subsistência; (v) estou ciente que a eficácia desta CCB está sujeita a condição suspensiva, de forma que a operação ora solicitada somente será concedida após a confirmação dos meus dados cadastrais, inclusive bancários, análise dos meus documentos, aprovação de crédito e, ainda, da disponibilidade e averbação de margem consignável, nos termos da regulamentação vigente aplicável. Caso contrário, estou ciente que esta CCB perderá o seu efeito e será cancelada.

10. Formalização eletrônica: A confirmação da contratação do SAQUE e suas condições finais serão realizadas por meio físico ou meio eletrônico e, neste caso, reconheço a validade da assinatura eletrônica para a assinatura desta CCB e formalização da contratação do SAQUE, nos moldes da Medida Provisória 2.200-2/02.

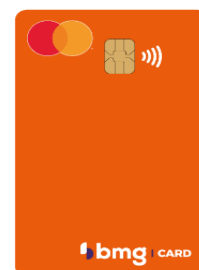
11. Esta CCB é emitida em quantidade de vias idênticas às partes que nela comparecem, sendo somente a via do Bmg “negociável”



EMITENTE/REPRESENTANTE LEGAL:

Assinatura do cliente: Assinatura Eletrônica firmada por Biometria Facial

C5EA6BE43C581633A0044CCB99D36665 | Data/Hora: 20/02/2025 10:33:20 | IP/Terminal: 177.191.248.84 | Localizacao: -3.8785392 | -38.6207508



Declaração se analfabeto ou impedido de assinar: Eu, assinante a rogo do EMITENTE, abaixo qualificado, declaro que ouvi atentamente a leitura das condições deste SAQUE, valor, parcelas, taxa de juros, CET e demais condições previstas nesta CCB, ao EMITENTE, e por não restar nenhuma dúvida acerca da contratação, assino a rogo do EMITENTE, na presença de 2 (duas) testemunhas abaixo qualificadas, para que esta possa surtir seus devidos efeitos jurídicos e legais

A rogo do EMITENTE, assina o rogado:



Nome: CPF:

Testemunhas:

1. _____
Nome
CPF:

2. _____
Nome:
CPF:

Canais de atendimento Banco Bmg: Central de Atendimento Bmg Card 4002 7007 (ligações de celular) e 0800 770 1790 (ligações de tel. fixo) /SAC 0800 9799 099 /Deficientes auditivos e ou de fala 0800 9797 333 (Atendimento 24 horas, 7

dias por semana) / Se sua reclamação foi tratada em nossos canais de atendimento, mas a solução oferecida não foi satisfatória, procure a OUVIDORIA 0800 723 2044 de segunda a sexta-feira das 08:00 às 20:00.

CONDIÇÕES GERAIS DA CÉDULA DE CRÉDITO BANCÁRIO ("CCB") REFERENTE À CONTRATAÇÃO DE OPERAÇÃO DE CRÉDITO PESSOAL ORIUNDO DE SAQUE REALIZADO POR MEIO DE CARTÃO DE CRÉDITO CONSIGNADO EMITIDO PELO BANCO BMG S.A (Bmg).

1. Natureza da operação: Por minha solicitação o Bmg me concede um Crédito Pessoal oriundo de saque realizado por meio de cartão de crédito consignado emitido pelo Bmg, conforme disposto no Quadro III da Cédula de Crédito Bancário (CCB) emitida, relacionada ao cartão de crédito consignado ao qual aderi ("Cartão"), conforme Termo de Adesão identificado no mesmo Quadro III, cujas características estão mencionadas na CCB emitida. **1.1.** Exceto se vedado pela regulamentação ou acordo/convênio específico, na hipótese de eu, EMITENTE, ser civilmente incapaz, meu representante legal ou procurador (curador, guardião ou tutor, nato ou judicial) poderá autorizar o desconto na minha Renda Mensal. Estou ciente que a revogação ou a destituição dos poderes do meu representante legal não provocará a exclusão do crédito consignado no meu benefício, salvo decisão judicial em contrário. **1.1.1.** O representante ou procurador, se aplicável, neste ato declaram, sob as penas de lei, e se obrigam, ao assinar esta CCB que: (a) o(s) instrumento(s) que os constituíram é(são) válido(s), eficaz(es), suficiente(s) e legítimo(s) para representar o EMITENTE nesta contratação e para a concessão do crédito pelo Bmg, bem como atende(m) aos requisitos exigidos pelo INSS, caso o EMITENTE seja beneficiário desta autarquia; (b) cumprirão, em nome do EMITENTE todas as obrigações decorrentes desta CCB; (c) a contratação deste SAQUE é realizada dentro dos limites estabelecidos no(s) instrumento(s) que o(s) constitui(rão) e que a respectiva contratação não configura qualquer tipo de conflito de interesse do EMITENTE, bem como não configura utilização indevida dos poderes conferidos em proveito próprio; (d) deverão ser comunicadas ao Bmg imediatamente as eventuais alterações: (i) das informações cadastrais e econômicas do EMITENTE, que possam impactar de qualquer forma no cumprimento desta CCB; (ii) de sua condição de representante legal ou procurador e/ou da extensão de seus poderes, incluindo eventual substituição do representante legal ou procurador qualificado nesta CCB; (e) a ausência de comunicação da eventual substituição da sua condição de representante ou procurador, bem como a indicação do seu respectivo sucessor, implicará na sua responsabilidade em efetuar os pagamentos devidos desta operação até a conclusão da sua substituição perante o Bmg e o INSS, se o caso, ou até a integral liquidação da CCB, o que ocorrer primeiro. **1.2.** O representante legal ou procurador, quando aplicável, tem ciência que na eventual constatação de falsidade ou inveracidade as declarações acima prestadas, ou ainda, em caso de descumprimento de quaisquer obrigações assumidas, esta CCB será declarada vencida antecipadamente pelo Bmg, respondendo o representante legal ou procurador, nas esferas cíveis e criminais, por todos os atos que excederem seus poderes, bem como pela quitação integral da dívida representada por esta CCB, incluindo os encargos de inadimplemento, sem prejuízo das medidas legais e judiciais que poderão ser adotadas pelo Bmg para reaver o prejuízo causado. **2. Forma de liberação do Crédito:** Receberei o valor líquido proveniente do SAQUE mediante opção definida no Quadro IV da CCB emitida. **2.1.** Conforme indicado no Quadro III da CCB, o valor líquido da operação será destinado à minha livre utilização. **2.1.1.** Em caso de ausência ou insuficiência de limite de crédito disponível para utilização por meio do Cartão, estou ciente que esta contratação poderá ser cancelada ou o valor total da operação poderá ser reduzido de forma que o valor da operação se adeque ao limite disponível, o que gerará, conseqüentemente, uma redução do valor líquido disponibilizado. Estou ciente que estou pegando dinheiro do limite do meu Cartão, por meio da realização de SAQUE. Fui devidamente informado que o SAQUE NÃO É uma operação de empréstimo consignado, sendo a taxa de juros do empréstimo consignado inferior à taxa de juros do Cartão. **3. PREVENÇÃO AO SUPERENDIVIDAMENTO:** Declaro que, antes da contratação do SAQUE, tomei ciência de todas as opções de crédito disponibilizadas pelo Bmg, sendo alertado(a) de forma clara e objetiva acerca da utilização do crédito de forma consciente e, assim, após verificar sua condição de pagamento, esta contratação se mostrou adequada a minha atual situação financeira, não implicando em excessivo endividamento, nem prejudicando a minha subsistência. **3.1.** Em razão desta declaração, me comprometo a manter meus dados cadastrais e econômicos atualizados junto ao Bmg, principalmente, se tais atualizações gerarem impacto no cumprimento desta CCB ou impactos na sua margem consignável, como por exemplo variações na minha renda, contratações de novos compromissos financeiros com outras instituições financeiras, a fim de evitar o meu superendividamento. **3.1.1.** Na ocorrência dos fatos indicados no item 3.1, me obrigo a entrar em contato imediatamente com o Bmg, após tomar conhecimento destes fatos, para informá-lo da minha atual condição econômico-financeira, a fim de possibilitar ao Bmg, conforme suas políticas, avaliar as possibilidades para que o pagamento da dívida esteja em conformidade com a minha margem consignável e adequado às minhas novas condições financeiras. **4. Encargos financeiros:** Sobre o Valor da Operação contratada incidirão os encargos financeiros previstos no Quadro III da CCB emitida, desde a data da liberação dos recursos até a data do vencimento da parcela devida. Os juros serão calculados de forma mensal e capitalizada, conforme permitido em lei. **4.1. CET-Custo Efetivo Total:** Declaro que, previamente à contratação desta operação fui informado, de forma clara e precisa, do seu custo efetivo total, conforme demonstrado no Quadro III.I da CCB, sendo cientificado do seu cálculo e possuindo pleno entendimento de que o CET, expresso na forma de taxa percentual anual, corresponde à taxa de juros, tributos, tarifas, seguros e outras despesas por mim autorizadas, e que a respectiva taxa percentual anual representa as condições vigentes na data do seu cálculo. **5. Encargos tributários Despesas:** Correrão por minha conta todas as despesas que se fizerem necessárias, em decorrência das obrigações assumidas por mim na CCB, bem como todos os tributos e taxas que incidirem sobre a operação de crédito contratada, de acordo com a legislação em vigor. **6. Encargos de Inadimplência:** Sem prejuízo do vencimento antecipado da operação, a falta de pagamento de qualquer parcela no seu vencimento autorizará o Bmg a cobrar de mim os seguintes encargos sobre o valor em atraso, a serem pagos por mim, durante o período de inadimplência: (a) juros remuneratórios para operações em atraso, calculados por dia de atraso, conforme percentuais informados no Quadro III da CCB emitida. (b) juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês; (c) multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito. **7. Forma de pagamento:** O pagamento deste SAQUE será efetuado na sede do Bmg ou

à sua ordem, conforme disposto no Quadro III da CCB emitida. **7.1. Declaro estar ciente que o valor da(s) parcela(s) do SAQUE será lançado na fatura do meu Cartão de Crédito Consignado, conforme disposto no Quadro III da CCB emitida, observada a data de vencimento, e que o valor deste SAQUE comprometerá parte do limite de crédito disponibilizado pelo Bmg (emissor do cartão) para utilização do cartão. 7.1.1 O valor da(s) parcela(s) será lançado na minha fatura do Cartão de Crédito Consignado e irá compor o saldo devedor da fatura, de forma que deverá ser pago juntamente com as demais despesas lançadas na fatura, no mesmo mês de vencimento. 7.1.2. Estou ciente que apenas o valor mínimo indicado na fatura será pago por meio de desconto diretamente em minha remuneração/benefício ("Renda mensal"), podendo ocorrer de forma integral ou parcial a depender da disponibilidade da minha margem consignável no mês, sendo que o saldo devedor restante da minha fatura deverá ser pago por mim para que eu não fique em atraso. Se eu não pagar o valor integral da minha fatura no vencimento, estou ciente que o valor em atraso será cobrado com os encargos que informados na minha fatura, conforme regras previstas no Aditivo ao Regulamento de Utilização dos Cartões de Crédito Consignados, incluindo o Cartão Consignado de Benefício do Banco Bmg, registrado no 3º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Registro Civil de Pessoa Jurídica de São Paulo sob o nº 8905949 em 17.04.2015, e suas posteriores alterações à margem registradas ("Regulamento"). 7.1.3. Se, por qualquer motivo, o pagamento não for efetuado na forma prevista, deverei efetuar o pagamento da(s) parcela(s) pendente(s), acrescido de eventuais encargos pelo atraso, ao Bmg, da seguinte forma, pela ordem: (i) débito na conta de minha titularidade, conforme autorizado; (ii) por meio de boleto bancário ou (iii) por qualquer outra forma que venha a ser disponibilizada pelo Bmg. Fica autorizado o Bmg a proceder o débito na conta do Quadro IV e, caso não tenha saldo suficiente na conta: (i) efetuar lançamentos parciais e recorrentes, sem que haja alteração nesta contratação; e (ii) utilizar o limite do cheque especial.**

7.2. Caso a data de vencimento corresponda a feriado ou dia de não funcionamento bancário, o pagamento poderá ser realizado no primeiro dia útil após o vencimento, livre de encargos de multa e juros, permanecendo inalteradas as datas de vencimento das demais parcelas vincendas da CCB. **7.3.** Declaro que não realizarei depósitos, identificados ou não, na conta corrente do Bmg, sem que este tenha expressamente me autorizado a seguir com essa forma de pagamento. Qualquer depósito feito em desacordo com este item não constituirá quitação e, caso identificado, será devolvido pelo Bmg para mim. **8. Neste ato, autoriza, o Bmg a ter acesso aos meus dados de depósitos e aplicações em outras instituições financeiras, bem como operações de crédito tomadas com outras instituições financeiras, nos termos do art. 1º, § 3º, V da Lei Complementar 105/01, que dispõe não configurar quebra de sigilo bancário a revelação de informações sigilosas com o expresse consentimento do interessado.**

9. Vencimento antecipado da dívida: Estou ciente que o Bmg poderá considerar antecipadamente vencida a minha dívida, de pleno direito e independente de qualquer aviso ou notificação, além das hipóteses previstas em lei, nas abaixo elencadas: **(a)** se eu deixar de cumprir qualquer obrigação decorrente desta operação de crédito, no tempo e modo convencionados, ou; **(b)** se ocorrer alguma hipótese que possa afetar a minha capacidade de cumprimento das obrigações assumidas por mim na CCB; ou **(c)** se for dado causa ao encerramento da minha conta de depósitos, em qualquer estabelecimento bancário, por força das instruções do Conselho Monetário Nacional ("CMN")/e ou do Bacen, ou; **(d)** se por qualquer ato meu, for alterada qualquer das condições iniciais ds CCB. **9.1.** Na hipótese de falta de pagamento da parcela, o Bmg poderá, a seu exclusivo critério, optar pela cobrança somente da parcela vencida, sem que tal ato importe em novação ou alteração dos termos aqui estabelecidos. **10. Seguro Prestamista (Seguro de Proteção Financeira):** Declaro saber que a contratação do seguro é opcional e deve decorrer única e exclusivamente da minha livre e espontânea vontade de obter a proteção oferecida pelo referido seguro. **10.1.** Se eu optei pelo Seguro Prestamista (conforme disposto no Quadro III da CCB emitida), mediante assinatura de instrumento próprio, desde já autorizo, expressamente, a contratação em meu nome desta modalidade de seguro para garantir, única e exclusivamente e, em caso de morte ou invalidez permanente e total, por acidente, incapacidade física total temporária ou desemprego involuntário, a cobertura de eventual saldo devedor, total ou parcial, da CCB, dentro dos limites estabelecidos na respectiva Apólice. Nesse caso, autorizo expressamente o Bmg a descontar do Valor da operação (Campo 2 do Quadro III da CCB emitida), se for o caso, e a repassar à seguradora eventualmente contratada, o valor do prêmio do Seguro devido pela sua contratação. Na hipótese de cancelamento antecipado do contrato de seguro em razão, entre outros motivos, da liquidação antecipada ou refinanciamento, o saldo eventualmente a receber da seguradora por mim, correspondente à restituição proporcional do prêmio, poderá ser retido para o pagamento de prêmio de eventual novo seguro contratado por mim ou para a compensação com outros valores devidos por mim. **10.2.** Declaro estar ciente de que o seguro desta modalidade não dará cobertura a eventos relacionados a doenças contraídas anteriormente a esta data, declarando, para todos os fins e efeitos de direito, gozar de boa saúde e estar em plena atividade de suas funções. Declaro ter ciência ainda de que, fazendo falsas declarações ou omitindo informações que possam influenciar na aceitação desta modalidade de seguro, perderei direito às coberturas sem direito a restituição do prêmio eventualmente pago. **11. Título Executivo:** Reconheço, para os devidos fins, que a CCB emitida constitui título executivo extrajudicial, nos termos do art. 28 da Lei nº 10.931/2004. **12. Despesas e honorários advocatícios em razão de eventual cobrança:** Em caso de inadimplência, o Bmg poderá exigir o ressarcimento das despesas e custos de cobrança extrajudicial e judicial, assim como honorários advocatícios, acrescidos dos encargos previstos na CCB emitida. Na hipótese de inadimplência do Bmg no cumprimento de suas obrigações, assiste a mim igual direito. **13. Da Liquidação antecipada:** Estou ciente que a qualquer tempo posso realizar o pagamento antecipado do meu saldo devedor com redução proporcional dos juros e demais acréscimos pela taxa de juros ora pactuada, nos termos da Resolução CMN 3.516/07 e alterações posteriores. **14. Da cessão do crédito:** O Bmg poderá, a seu exclusivo critério, ceder ou transferir a terceiros a CCB, independente de notificação ou aviso prévio, mediante endosso em preto, nos termos do art. 29, §1º, da lei 10.931/04. **15. Da portabilidade:** Estou ciente das hipóteses legais de portabilidade de crédito, dispostas na Resolução CMN 5.057/22 e alterações posteriores, na ocorrência das quais o meu direito de portabilidade poderá ser exercido a qualquer tempo, desde que observadas as disposições legais e regulamentares vigentes. **16. Tratamento de Dados:** Declaro estar ciente que o Bmg realizará o

tratamento dos meus dados pessoais relacionados a esta CCB em observância à legislação e aos normativos setoriais que dispõem sobre Proteção de Dados Pessoais, em especial, a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/18). **16.1.** O tratamento de dados de pessoas físicas (clientes, representantes e sócios/acionistas de pessoa jurídica) poderá ser realizado para desempenho de atividades do Bmg, tais como: (i) efetivar e operacionalizar a relação contratual prevista na presente CCB; (ii) realizar cobrança judicial ou extrajudicial, inclusive via parceiros; (iii) compartilhar dados com correspondentes bancários, instituições financeiras e eventuais cessionários da presente CCB, bem como, com autoridades judiciais, policiais, governamentais ou órgãos reguladores, para cumprimento de obrigações contratuais, legais ou regulatórias do Bmg; (iv) consultar e informar os dados relativos a todas as obrigações assumidas por mim para constarem em banco de dados de proteção ao crédito e do SCR; (v) realizar análises para fins administrativos, antifraude, marketing, concessão de crédito realizados pelo Bmg ou via fornecedores; (vi) realizar cross sell com produtos de parceiros ou do Conglomerado do Bmg. **16.2.** Estou ciente que a qualquer momento poderei exercer os direitos indicados na Lei nº 13.709/2018 através dos canais digitais do Bmg. **16.3.** O detalhamento sobre os tratamentos de dados realizados pelo Bmg consta na Política de Privacidade disponível em: <https://www.bancobmg.com.br/politica-de-privacidade.htm>. **16.4. Compartilhamento de Dados e Informações sobre Fraudes:** Com a finalidade específica de subsidiar procedimentos e controles para prevenção de fraudes, eu neste declaro ter conhecimento de que o Bmg realizará o registro e o compartilhamento dos meus dados pessoais e de informações sobre operações financeiras que configurem indícios de ocorrências ou de tentativas de fraudes, conforme as normas do Banco Central do Brasil (Bacen) e do Conselho Monetário Nacional. Os dados e informações serão compartilhados com as instituições autorizadas pelo Bacen em sistema eletrônico devidamente autorizado por esta Autarquia. **17. Sistema de Informações De Crédito (SCR) e Cadastro Positivo:** Autorizo expressamente o Bmg e qualquer Instituição pertencente ao Grupo Financeiro Bmg, nos termos da Resolução CMN nº 5.037, de 22 de setembro de 2022, a (i) fornecer ao Bacen, para integrar o Sistema de Informações de Créditos (SCR), a qualquer tempo, dados a respeito de minhas dívidas a vencer e vencidas, inclusive as em atraso e as operações baixadas com prejuízo, o valor das coobrigações assumidas; (ii) consultar e acessar o SCR sobre informações consolidadas e registradas em meu nome, prestadas por outras instituições financeiras, vedada a sua divulgação para terceiros; e (iii) consultar e compartilhar as minhas informações cadastrais com outras instituições financeiras ou assemelhadas e utilizá-las para fins administrativos, na forma da legislação vigente, podendo o Bmg praticar todos os atos para tanto necessários. **17.1.** Declaro-me ciente que (i) a finalidade do SCR é prover o Bacen de informações para supervisão do risco de crédito e propiciar intercâmbio de informações entre instituições financeiras ou assemelhadas; e (ii) a consulta ao SCR depende desta autorização prévia. **17.2. Nos termos da Lei nº 12.414/2011, autorizo o Bmg a enviar meus dados aos gestores dos bancos de dados do cadastro positivo, bem como autorizo o compartilhamento de minhas informações.** **17.2.1.** Autorizo ainda, os gestores dos bancos de dados a disponibilizar ao Bmg o meu histórico de crédito com a finalidade de auxiliá-lo na eventual concessão de crédito ou de outras transações comerciais e empresariais que impliquem risco financeiro. **17.2.2.** Estou ciente que as autorizações aqui concedidas permanecerão válidas durante todo o tempo em que eu mantiver relacionamento com o Bmg, ou ainda enquanto subsistir em aberto e não liquidadas as obrigações decorrentes desta CCB. **17.2.3.** Declaro ter ciência de que poderei acessar os referidos dados a qualquer momento e caso constate divergências ou inverdades quanto aos mesmos poderei solicitar a sua modificação ou cancelamento mediante o envio de requerimento fundamentado direcionado à instituição responsável pela remessa da(s) referida(s) informação(ões). **18. Da Compensação de Crédito:** **18.1.** Se ocorrer atraso no pagamento ou vencimento antecipado da CCB, autorizo o Bmg e as sociedades pertencentes ao seu conglomerado a promover a compensação da dívida aqui contraída, com eventuais créditos que eu tenha ou venha a ter futuramente junto ao Bmg e/ou quaisquer das empresas integrantes do seu conglomerado, decorrentes de depósitos à vista ou a prazo, poupança, conta-salário ou qualquer aplicação financeira, conferindo ao Bmg os necessários poderes para proceder ao resgate, em valor suficiente para a liquidação do saldo devedor da dívida existente. **18.2.** Na hipótese de eu possuir quaisquer outras dívidas com o Bmg e/ou quaisquer das empresas integrantes do seu conglomerado, o autorizo ainda, de forma irrevogável e irretratável, o Bmg a compensar tais dívidas com o montante a ser desembolsado nos termos do Quadro III da CCB. Nesta hipótese, estou ciente que poderei receber valor a menor do que o contratado no Quadro III.I da CCB. **18.3.** Me responsabilizo, ainda, a: (i) Manter constantemente atualizado meu(s) endereço(s), informando expressamente eventual alteração, para fins de comunicação sobre qualquer ato ou fato decorrente desta CCB; e (ii) Honrar e assumir todos os riscos contra terceiros, eximindo o Bmg de responsabilidade de qualquer origem ou espécie. **19. Formalização Eletrônica:** Em casos de contratação eletrônica, confirmo que admite como válido o meio de comprovação da autoria e da integridade da assinatura e das informações capturadas e utilizadas nesta CCB. **19.1.** Nessa hipótese, a assinatura da presente CCB ocorrerá por meio eletrônico, dentre os quais a assinatura capturada em tela sensível ao toque (*touch screen*), que será submetida à verificação de compatibilidade com os meus perfis biométricos previamente capturados e armazenados; a contratação via aposição de senha ou qualquer outro meio válido de assinatura ou aceite eletrônico, admitindo-se, inclusive, a utilização de SMS, e-mail e outros meios remotos de contato e interação entre as Partes para tal fim, que reproduzirão a minha livre e espontânea vontade e manifestação quanto ao aceite da operação, transação, contratação, preenchendo, portanto, todos os requisitos legais, sendo considerada válida e eficaz para todos os fins e efeitos de direito, inclusive perante terceiros, nos termos da legislação aplicável à espécie. **19.2.** Este (em caso de contratação eletrônica) e quaisquer outros documentos celebrados eletronicamente a partir desta data entre mim e o Bmg poderão se utilizar do mesmo meio eletrônico de assinatura ou de outros disponibilizados pelo Bmg, sendo considerados, para todos os efeitos, válidos e exequíveis. **19.3.** Autorizo o compartilhamento dos dados relativos ao perfil biométrico de minha assinatura eletrônica para garantir minha prevenção à fraude e segurança, nos processos de identificação e autenticação de cadastro em sistemas eletrônicos entre instituições que mantenham relações comerciais com o Bmg ou que pertençam ao conglomerado do qual o Bmg faz parte. **20.** Autorizo as empresas integrantes do Grupo Financeiro do Bmg a entrar

em contato comigo por qualquer meio, inclusive telefônico, e-mail, SMS, aplicativos de conversa, inclusive via WhatsApp, e correspondência para enviar comunicações a respeito do Crédito Pessoal oriundo do SAQUE realizado por meio do Cartão de Crédito Consignado contratado, refinanciamento, cobrança, bem como informações relativas a outros produtos, serviços, promoções e novidades relacionadas às empresas integrantes do Grupo Financeiro do Bmg, podendo cancelar esta autorização a qualquer momento mediante contato junto à central de relacionamento do Bmg. Tal revogação não se aplica aos contatos realizados pelo Bmg, a fim de efetuar a cobrança de débitos não pagos por mim, nos termos da legislação aplicável. **21.** As partes concordam que se aplica à CCB emitida a Lei nº 10.931, de 02/08/2004, bem como os normativos do CMN e do Bacen, pertinentes à espécie, aos quais as partes obrigam-se a cumprir, em todos os seus termos. **22. Direito de Arrependimento: Tendo a presente contratação ocorrido por meio remoto (por telefone, dispositivos móveis de comunicação (mobile), caixas eletrônicos (ATM), internet ou através de correspondente), poderei, no prazo de até 7 (sete) dias após o recebimento do valor da operação contratada, solicitar o seu cancelamento, desde que eu devolva integralmente o valor recebido. Para orientações sobre o cancelamento e devolução do valor recebido, estou ciente que deverei entrar em contato com o Bmg através da Central de Relacionamento, cujo número está informado ao final desta página.** **23.** A CCB é emitida em quantidade de vias idênticas às partes que nela comparecem, sendo somente a via do Bmg “negociável”. Este instrumento reproduz as Condições Gerais da Cédula de Crédito Bancário referente à contratação de operação de crédito pessoal oriundo de saque realizado por meio de cartão de crédito consignado emitido pelo BANCO BMG S.A, inscrito no CNPJ nº 61.186.680/0001-74, registrado em 10/02/2017, no 7º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de São Paulo sob o nº 1.948.948 e posteriores alterações registradas à margem.

PROPOSTA DE ADESAO AO SEGURO MEGA PRESTAMISTA BMG CARD- GENERALI

Nº Apólice coletiva: 75770000118	Corretor: BMG Corretora de Seguros LTDA CNPJ: 22456213/0001-65 Susep: 10.2037134.9	Estipulante: Banco BMG S.A. CNPJ: 61.186.680/0001-74 Av. Presidente Juscelino Kubitschek, n.º 1830, Cep: 04543-900 -São Paulo	Seguradora: Generali Brasil Seguros S.A. CNPJ: 33.072.307/0001-57 Susep: 05908 Cosseguradora: BMG SEGURADORA S.A. CNPJ/ME sob o nº 26.136.748/0001-00 SUSEP: 03417	Número da proposta de adesão (ADE): 95526782
--	--	---	---	--

1 - DADOS PESSOAIS DO(A) PROPONENTE DO (SEGURO)

1.1 - Nome do Proponente: 1.2 - CPF: / 1.3 - Data de Nascimento: 1.4 - Endereço: (Avenida / Rua, Número / Complemento): 1.5 - Bairro: / 1.6 - Cidade: 1.7 - CEP: / 1.8 - UF: 1.9 - Telefone Comercial ou Residencial: DDD + Número 1.10 - Telefone Celular: DDD+ Número 1.11 - RG: / 1.12 - Órgão Emissor: 1.13 - Nacionalidade: / 1.14 - Sexo:	1.1 - FRANCISCO CLAUDIANO BEZERRA DE OLIVEIRA 1.2 - 359.523.423-53 1.3 - 23/08/1958 1.4 - AV Lateral Sul 1.5 - ACARACUZINHO 1.6 - MARACANAÚ 1.7 - 61.920-710 1.8 - CE 1.9 - --- --- 1.10 - - 85 - 991789982 1.11 - 2003010369525 1.12 - SSP / CE 1.13 - BRASILEIRA 1.14 - MASCULINO
---	--

2 - DADOS DO SEGURO

- 2.1** - Data de Início de Vigência: Inicia às 24 horas da data do Pagamento do Seguro pelo cliente.
- 2.2** - Vigência do Seguro: 12 Meses /
- 2.3** - Para o Mega Prestamista será permitida a venda para segurados com idade até 79 anos, 11 meses e 29 dias.
- 2.4** - Capital Segurado Fixo: limite de crédito disponível para o cartão BMG Card ou para o Cartão de Crédito Consignado Benefício, conforme contratado pelo Proponente no momento da adesão ao seguro, limitado a R\$ 5.200,00 (se o convênio for INSS) ou a R\$ 10.400,00 (para os demais convênios).
- 2.5** - Prêmio Total Anual do Seguro: 12,94 % sobre o valor do Capital Segurado (conforme item 2.4), sendo:
- 2.5.1.** Valor total do Prêmio para Morte: 12,34% sobre o valor Capital Segurado.
- 2.5.2.** Valor total do Prêmio para Invalidez Total por Acidente: 0,60% sobre o valor do Capital Segurado.
- 2.6** - A Generali efetuará o pagamento à BMG Corretora de comissão de corretagem no valor de 46% (Quarente e sete por cento) sobre o prêmio líquido pago.
- 2.7** - Carência: 30 (trinta) dias para cobertura de Morte.

3 - PLANO DE COBERTURAS, SERVIÇOS, ASSISTÊNCIA, SORTEIO

- 3.1 - Coberturas:**
- a) Morte - Com Capital Segurado limitado a R\$ 5.200,00 (se o convênio for INSS) ou a R\$ 10.400,00 (para os demais convênios).
- b) Invalidez Permanente Total Por Acidente - Com Capital Segurado limitado a R\$ 5.200,00 (se o convênio for INSS) ou a R\$ 10.400,00 (para os demais convênios).
- 3.2 - Benefícios adicionais:**
- a) Assistência Subsídio Medicamento: Ilimitado para medicamentos regulados pela ANVISA genéricos, similares, OTC genéricos (de venda livre) e tarjados referências constantes na listagem ABCFarma, comercializados em redes de farmácias e drogarias para o segurado titular provindo de atendimento médico e/ou odontológico emergencial (pronto socorro), ou após alta hospitalar de internações de urgência. Este benefício se estende para receita de medicamentos obtida após consulta eletiva limitado a 3 (três) utilizações no ano em meses distintos, sendo que cada utilização está limitada ao valor de até R\$ 100,00 (cem reais), em hipótese alguma estes valores se acumulam em uma única utilização.
- b) Assistência Domiciliar Emergencial Residencial: até R\$ 200,00 por evento e 2 (dois) acionamentos por vigência.
- c) Assistência Cesta Básica: R\$ 150,00 por mês - limitado a cobertura de 2 (dois) meses e 1 (um) acionamento por vigência - evento coberto em caso de falecimento ou Invalidez Temporária ou Permanente do Usuário.
- d) Assistência Funeral titular e familiar - (Limitado a 5 utilizações): titular, cônjuge, filhos e/ou irmãos, pais e/ou sogros (limitado a 2 pais e/ou sogros) - limitado até R\$ 3.000,00 por evento.
- e) Sorteio Mensal Bruto (pela Loteria Federal): R\$ 7.000,00

4 - DADOS, FORMA DE PAGAMENTO

- 4.1** - Pagamento do Prêmio: Pagamento único - à vista.

5 - DECLARAÇÃO, AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO E AUTORIZAÇÃO DE RENOVACÃO

- 5.1** - Declaro que: (i) tive acesso integral, compreendi e que concordo com todas as Condições Contratuais do Seguro, incluindo as Condições Gerais e Especiais, e que exerço meu direito pela opção de contratação deste seguro; (ii) estou de acordo com as condições anexas a esta proposta, devidamente rubricadas.
- 5.2** - Autorizo o débito do valor do prêmio do seguro em meu cartão de crédito por mim contratado (cartão BMG Card ou Cartão de Crédito Consignado Benefício), bem como os das renovações futuras que ocorrerão ao final das vigências do seguro.

6-AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DOS DADOS PESSOAIS

6.1 - Ao contratar o seguro objeto deste documento, reconheço e concordo, expressamente, que meus dados pessoais ("Informações") serão utilizados para os fins necessários à consecução do seu objeto, inclusive meus dados de saúde obtidos quando da utilização das assistências à saúde. Ainda, reconheço e autorizo, expressamente, que os meus dados pessoais possam ser revelados a terceiros (drogarias, farmácias, hospitais, laboratórios, clínicas, entre outros prestadores de serviços da Saúde), seja mediante a distribuição de cópias, compilações, extratos, análises, cruzamento de dados ou outros meios que contenham ou de outra forma reflitam referidas Informações, estendendo aos terceiros (drogarias, farmácias, hospitais, laboratórios, clínicas, entre outros prestadores de serviços da Saúde), a autorização para realizarem o tratamento dos meus dados pessoais conforme aqui descrito e seguindo as diretrizes da Política de Privacidade da Generali e dos terceiros prestadores das Assistências.

6.2 - Ao contratar o seguro objeto deste documento, reconheço e concordo que meus dados pessoais serão utilizados para os fins necessários à consecução do seu objeto, seguindo as diretrizes da Política de Privacidade da Generali.

Para obter mais informações sobre como a Generali cuida dos seus dados pessoais, bem como para entender como você pode exercer seus direitos relacionados aos seus dados pessoais, consulte a nossa Política de Privacidade, disponível em: <https://www.generali.com.br>. Caso você ainda tenha dúvidas sobre esse assunto, fique à vontade para entrar em contato conosco pelo e-mail: privacidade@generali.com.br.

CONFORME ACEITAÇÃO ELETRÔNICA, DECLARO QUE ESTOU DE ACORDO COM AS REGRAS DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS PESSOAIS ACIMA DESCRITAS

Autenticação Eletrônica: C5EA6BE43C581633A0D44CC899D36665 | Data/Hora: 20/02/2025 10:33:20 | IP/Terminal: 177.191.248.84 | Localizacao: - 3.8785392 | -38.6207508

Assinatura do cliente: Assinatura Eletrônica firmada por Biometria Facial

7 - POR ESTAR DE ACORDO COM OS TERMOS DESTA PROPOSTA DE ADESÃO, INCLUSIVE SUAS CONDIÇÕES ANEXAS, BEM COMO COM AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO, ASSINO:

LOCAL _____ DATA 20/02/2025

Assinatura do cliente: Assinatura Eletrônica firmada por Biometria Facial

DECLARAÇÃO SE ANALFABETO OU IMPEDIDO DE ASSINAR

Declaro que, ouvi atentamente a leitura desta PROPOSTA E DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO PRESTAMISTA - EMPRÉSTIMO CONSIGNADO na presença das testemunhas, tendo compreendido seu conteúdo, estando ciente de todas as condições e obrigações assumidas.



A rogo do(a) TITULAR, assina o rogado:

Nome:

CPF

Testemunhas:

1.

Nome:

CPF

2.

Nome:

CPF

CONFORME ACEITAÇÃO ELETRÔNICA, DECLARO QUE ESTOU DE ACORDO COM AS COBERTURAS DO SEGURO E AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DISPONIBILIZADAS NO SITE WWW.GENERALI.COM.BR.

Autenticação Eletrônica: C5EA6BE43C581633A0D44CC899D36665 | Data/Hora: 20/02/2025 10:33:20 | IP/Terminal: 177.191.248.84 | Localizacao: - 3.8785392 | -38.6207508

Assinatura do cliente: Assinatura Eletrônica firmada por Biometria Facial

PROPOSTA DE ADESÃO AO SEGURO MEGA PRESTAMISTA - GENERALI
Condições e características do Seguro MEGA Prestamista

1 - Seguradora: Generali Brasil Seguros S.A. CNPJ/MF sob o nº 33.072.307/0001-57. % de Responsabilidade: 60% (sessenta por cento)
1.1 - Cosseguradora: BMG SEGURADORA S.A. CNPJ/ME sob o nº 26.136.748/0001-00. % de Responsabilidade: 40% (quarenta por cento)

2 -Beneficiários - Primeiro beneficiário: Banco BMG S.A. (para a quitação do saldo devedor do cartão de crédito contratado pelo segurado (cartão BMG Card ou Cartão de Crédito Consignado Benefício), ou seja, valor que o segurado tem em débito com o Banco em decorrência da utilização do seu cartão de crédito). Demais beneficiários: beneficiários legais (conforme legislação vigente). **2 - Declaração, Autorização de Débito e Autorização de Renovação** - Declaro que as informações contidas nesta Proposta são verdadeiras e completas e assumo total responsabilidade pela sua exatidão, inclusive que não possuo qualquer doença pré-existente na data de contratação deste seguro e estou em perfeitas condições de saúde. Declaro que, ao preencher a presente Proposta, tomei conhecimento na íntegra das Condições Contratuais do seguro, incluindo as Condições Gerais e Especiais contendo todas as cláusulas do seguro ora contratado, que foram integralmente lidas, entendidas e aceitas por mim. Fica facultado o direito à Generali solicitar documentação complementar para pagamento dos sinistros ocorridos em até 60 dias da data de início de vigência do seguro. Estou ciente de que qualquer indenização por sinistro somente será liquidada após o pagamento do prêmio devido, a caracterização do evento coberto e o seu amparo pelo seguro e que, de acordo com o artigo 766 do Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação e/ou taxaço do risco pela Seguradora, perderei o direito a qualquer indenização, sem restituição do prêmio total pago. **Estou ciente, ainda, de que o não pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento do seguro, observadas as disposições das Condições Contratuais do seguro e legislação aplicável à espécie, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer. Declaro que estou ciente que contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver. Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme dispuserem as condições gerais.** Autorizo o débito do valor do prêmio do seguro no cartão de crédito por mim contratado (cartão BMG Card ou Cartão de Crédito Consignado Benefício), bem como os das renovações futuras que ocorrerão ao final das vigências do seguro, **considerando que as condições por mim contratadas inicialmente não sejam alteradas.** Caso não seja possível efetuar a cobrança do valor do prêmio total na data da renovação do seguro, autorizo a alteração da forma do pagamento do prêmio para periodicidade mensal (parcelada) de acordo com a disponibilidade do limite do cartão de crédito por mim contratado, mantendo as condições contratadas inicialmente, estando preservados todos os meus demais direitos constantes desta Proposta. **Autorizo, também, desde que minhas condições iniciais sejam mantidas, a automática renovação do seguro por tantas vezes quantas sejam necessárias para que a cobertura contratada seja mantida enquanto eu for titular de um cartão de crédito coberto pelo seguro (cartão BMG Card ou Cartão de Crédito Consignado Benefício), autorizando, outrossim, que o Estipulante me represente nas referidas renovações. Em caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.** O Proponente declara, também, que foi informado pelo Estipulante que o mesmo tem contrato de exclusividade com a Seguradora para a comercialização e oferta deste produto.

3 - Capital Segurado Fixo e prêmio - O valor do Capital Segurado é o limite de crédito disponível para o cartão BMG Card ou para o Cartão de Crédito Consignado Benefício, conforme contratado pelo Proponente no momento da adesão ao seguro limitado a R\$ 5.200,00 para o convênio do INSS e R\$ 10.400,00 para demais convênios. O valor do prêmio está informado no Certificado Individual e na Proposta acima, que poderá ser consultado no site www.general-bmg.com.br.

4 - Benefícios Adicionais: 4.1 - Assistência Subsidio Medicamentos: Serviço prestado pela SOU Assistance Soluções Gerenciais e Serviços de Assistência 24 horas Ltda. - CNPJ nº 38.730.209/0001-83, tem por objetivo o fornecimento ilimitado de medicamentos regulados pela ANVISA genéricos, similares, OTC genéricos (de venda livre) e tarjados referência constantes na listagem ABCFarma, comercializados em redes de farmácias e drogarias para o segurado titular provindo de atendimento médico e/ou odontológico emergencial (pronto socorro), ou após alta hospitalar de internações de urgência.

Este benefício se estende para receita de medicamentos obtida após consulta eletiva limitado a 3 (três) utilizações no ano em meses distintos, sendo que cada utilização está limitada ao valor de até R\$100,00 (cem reais). Caso o valor utilizado, por cada acionamento da assistência, seja menor do que o valor de R\$ 100,00 (cem reais) a diferença não poderá ser utilizada uma próxima vez, em hipótese alguma estes valores se acumulam em uma única utilização. Para utilização do benefício o segurado deverá entrar em contato com a Central de Atendimento 0800 038 6300 para solicitação de autorização prévia, sendo necessário o envio da seguinte documentação: prescrição médica e/ou odontológica (assinada, carimbada, datada e com identificação do profissional da saúde, contendo o CRM e/ou CRO) válida, documento de identificação do segurado com foto e documento/relatório assinado pelo médico assistente que evidencie o atendimento emergencial, alta hospitalar ou consulta eletiva feita em no máximo 30 dias. A autorização será concedida após análise da documentação encaminhada com a validação dos itens prescritos e as condições contratuais do serviço. O segurado receberá as instruções necessárias para a retirada dos medicamentos aprovados na Rede Credenciada ou através de qualquer farmácia de livre escolha pelo sistema de reembolso. Para maiores informações consulte o regulamento ou ligue 0800 038 6300.

4.2 Assistência Residencial- Serviço prestado pela **INTEGRAL GROUP SOLUTION ASSISTENCIA LIMITADA** CNPJ/MF sob o nº 32.020.396/0001-25. O segurado terá direito a mão de obra do prestador até R\$ 200,00 (duzentos reais) por evento, Chaveiro para acesso ao domicílio, Encanador, Eletricista limitados a 02 (dois) acionamentos durante a vigência do seguro e poderá entrar em contato com a Central de Atendimento 0800 770 1290. **O serviço não prevê reembolso.** O atendimento será através da central de atendimento: 0800 770 1290. Conforme eventos e coberturas descritas nas Condições Gerais de Assistência Residencial.

4.2.1 Assistência Cesta Básica: Serviço prestado pela **EUROP ASSISTANCE BRASIL SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA S/A.,** CNPJ/MF sob o nº 01.020.029/0001-06. Este serviço tem por objetivo auxiliar o Usuário, quando da ocorrência de um dos Eventos cobertos previstos acima e de acordo com as Condições Gerais, mediante o fornecimento temporário de cesta básica de alimentação, respeitados os termos, condições e limites das Condições Gerais, R\$ 150,00 por mês - limitado a cobertura de 2 (dois) meses e 1 (um) acionamento por vigência - evento coberto em caso de falecimento ou Invalidez Temporária ou Permanente do Usuário. O atendimento será através da central de atendimento: 0800 770 1290. **4.3 - Assistência Funeral:** Serviço prestado pela **MEMORIAL INTERNATIONAL BRASIL ASSISTENCIA FUNERARIA LTDA.,** CNPJ/MF sob o nº 20.181.091/0001-16. Tem por objetivo a prestação do serviço de Assistência Funeral na hipótese de morte do segurado titular, cônjuge, filhos e/ou irmãos, pais e/ou sogros (limitado a 2 pais e/ou sogros), limitado a 5 utilizações

no valor de até R\$ 3.000,00 (três mil reais). **O serviço não prevê reembolso.** O segurado/familiar deverá entrar em contato com a Central de Atendimento 0800 728 2076 ou 3004 9817 (Capitais e Regiões Metropolitanas) - opção 1, ocasião em que receberá as instruções necessárias. **5.5**

4.4 – Sorteios: Título de capitalização da modalidade incentivo emitido pela **ICATU CAPITALIZAÇÃO S/A - CNPJ nº 74.267.170/0001-73**, Processo SUSEP nº 15414.900706/2019-05. A Seguradora cede ao segurado, a título gratuito, o direito de participação em sorteios. Valor da Premiação R\$ 7.000,00 (Sete mil reais), brutos, conforme legislação em vigor. O segurado concorrerá a 1 (um) sorteio mensal pela Loteria Federal, realizado no último sábado de cada mês a partir do primeiro mês seguinte ao pagamento do prêmio de seguro. O número do sorteio e o Regulamento da promoção serão enviados juntamente com o Certificado Individual. (válido enquanto a promoção estiver vigente).

5. Os benefícios e serviços, são garantidos pela GENERALI BRASIL SEGUROS S.A. CNPJ/MF sob o nº 33.072.307/0001-57, Código SUSEP 0590-8, processo SUSEP nº 15414.001898/97-18, estabelecida no endereço R. Barão de Tefé, 34 - 16º andar, Centro - Rio de Janeiro - CEP 2004-002, com 60% (sessenta por cento) de responsabilidade e pela cosseguradora BMG SEGURADORA S.A. sob o nº 26.136.748/0001-00, Código SUSEP 03417, estabelecida no endereço, Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 1.830, 10º andar, conjunto 02, sala 06, Condomínio Edifício São Luiz, Vila Nova Conceição, Cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, CEP 04543-000, com 40% (quarenta por cento) de responsabilidade. Cada seguradora responderá nos limites de sua obrigação assumida no cosseguro e na equivalência do prêmio que para tanto recebeu, e não haverá solidariedade entre as seguradoras. As Condições Gerais e Especiais da apólice podem ser acessadas a qualquer tempo no endereço eletrônico www.generalibrasil.com.br/home/nossa-protecao/bmg/. Central de Atendimento: para capitais e regiões metropolitanas: 3004-9817. Demais localidades: 0800 728 2076. SAC :0800 88 90 200. Deficiente auditivo e de fala: 0800 88 90 400. Ouvidoria: 0800 88 03 900. Horário de atendimento Ouvidoria: de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h (exceto feriados municipais, estaduais e nacionais). “A aceitação do seguro está sujeita à análise do risco”. **A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da presente Proposta, sendo autorizada a solicitação de documentos complementares, uma única vez, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, durante esse prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação. A Seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.** O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep. Este seguro é contratado por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice estipulada na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site www.susep.gov.br por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo e CNPJ. As Condições Contratuais/Regulamento deste produto estão protocolizadas pela Seguradora na Susep e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da Apólice/Proposta.

Sinistro, alterações ou informações da apólice: Atendimento Seguradora:

3004-9817 – Capitais e regiões metropolitanas
0800 728 2076 – Demais localidades
0800 88 90 400 – Deficiente auditivo

Informações da contratação do Seguro: Atendimento do Banco BMG:

4002-7007 – Celular / 0800 770 1790 – Ligações de Telefone Fixo
0800 979 9099 – SAC / 0800 9797 333 – Deficiente auditivo/de fala
Atendimento: 24 horas/7 dias por semana

PROPOSTA DE ADESAO AO SEGURO BMG MED

Nº Apólice Produto Mensal e Parcelado: 788216500083003 788216600083004 788216700083005 (Mensal) 788216200083000 788216300083001 788216400083002 (Parcelado)	Corretor: BMG-Corretora de Seguros LTDA CNPJ: 22456213/0001-65 Susep: 10.2037134.9	Estipulante: Banco BMG S.A. CNPJ: 61.186.680/0001-74 Av. Presidente Juscelino Kubitschek, n.º 1830, Cep: 04543-900 - São Paulo	Seguradora: Generali CNPJ: 33.072.307/0001-57 Susep: 05908 Cosseguradora: BMG SEGURADORA S.A CNPJ/ME sob o nº 26.136.748/0001-00	Número da proposta de adesão (ADE): 95526782
--	---	--	---	--

1 - DADOS PESSOAIS DO(A) PROPONENTE DO (SEGURO)

1.1 - Nome do Proponente:	1.1 - FRANCISCO CLAUDIANO BEZERRA DE OLIVEIRA
1.2 - Nome Social:	1.2 - ---
1.3 - CPF: / 1.4 - Data de Nascimento:	1.3 - 359.523.423-53 / 1.4 - 23/08/1958
1.5 - Endereço: (Avenida / Rua, Número / Complemento):	1.5 - AV Lateral Sul
1.6 - Bairro: / 1.7 - Cidade:	1.6 - ACARACUZINHO / 1.7 - MARACANAU
1.8 - CEP: / 1.9 - UF:	1.8 - 61.920-710 / 1.9 - CE
1.10 - Telefone Comercial ou Residencial: DDD + Número	1.10 - --- - ---
1.11 - Telefone Celular: DDD+ Número	1.11 - 85 - 991789982
1.12 - RG: / 1.13 - Órgão Emissor:	1.12 - 2003010369525 / 1.13 - SSP / CE
1.14 - Nacionalidade: / 1.15 - Sexo:	1.14 - BRASILEIRA / 1.15 - MASCULINO

2 - DADOS DO SEGURO

Planos / Prêmio Mensal	Cobertura MORTE	Serviços, Assistsências e Sorteio				Capitalização
		Assistência Desconto Medicamentos	Assistência Check Up Médico	Assistência Desconto em Consultas e Exames	Assistência Telemedicina	
() A - R\$21,90	R\$ 1.000,00	ATÉ 80% sobre o PMC*	Não possui	Ilimitado	Consultas à distância, por videoconferência, sem custo, com médico Clínico Geral da Rede Credenciada.	R\$ 5.000,00
(X) B - R\$29,90	R\$ 1.000,00	ATÉ 80% sobre o PMC*	*Uma vez ao ano (Individual) *Check up Médico, em Rede Credenciada, composto por consulta presencial e exames, sem custo. Limitado a 01 (uma) utilização por ano durante a vigência do seguro. Carência de 90 dias para uso.	Ilimitado	Consultas à distância, por videoconferência, sem custo, com médicos e especialistas da Rede Credenciada. Consultas ilimitadas com Clínico Geral e OB (seis) consultas nas especialidades Psicólogo ou Nutricionista, por ano durante a vigência do seguro.	R\$ 10.000,00
() C - R\$49,90	R\$ 1.000,00	ATÉ 80% sobre o PMC*	*Uma vez ao ano (Familiar) *Familiar - Check up Médico, em Rede Credenciada, composto por consulta presencial e exames, sem custo. Limitado a 01 (uma) utilização por integrante do grupo familiar, por ano durante a vigência do seguro. Carência de 90 dias para uso.	Desconto mínimo de 30% em medicamentos genéricos e de 15% em medicamentos de marca, na Rede de Farmácias parceiras	Consultas à distância, por videoconferência, sem custo, com médicos e especialistas da Rede Credenciada. Consultas ilimitadas com Clínico Geral e OB (seis) consultas por ano nas especialidades Psicólogo ou Nutricionista, compartilhadas entre o grupo familiar, durante a vigência do seguro.	R\$20.000,00

*Carência de 90 dias - Após a arrecadação

*PMC = Preço Máximo ao Consumidor é aquele praticado pelas farmácias, drogarias. É o preço máximo permitido para venda ao consumidor, já com os impostos incidentes.

Comissão Plano A

2.1 - A Generali efetuará o pagamento à BMG de agenciamento de corretagem no valor de 65% (Sessenta e cinco por cento) sobre os prêmios líquidos pago da primeira parcela e da segunda parcela.

2.2 - A Generali efetuará o pagamento à BMG de comissão de corretagem no valor de 35% (Trinta e cinco por cento) sobre o prêmio líquido da terceira parcela em diante.

Comissão Planos B e C

2.3 - A Generali efetuará o pagamento à BMG de Agenciamento de corretagem no valor de 64% (Sessenta e quatro por cento) sobre o prêmio líquido pago da primeira parcela.

2.4 - A Generali efetuará o pagamento à BMG de Agenciamento de corretagem no valor de 35% (Trinta e cinco por cento) sobre o prêmio líquido pago da segunda parcela.

2.5 - A Generali efetuará o pagamento à BMG de comissão de corretagem no valor de 36% (Trinta e seis por cento) sobre o prêmio líquido pago da terceira parcela em diante.

3 - PLANO DE COBERTURAS, SERVIÇOS, ASSISTÊNCIA, SORTEIO

3.1 - A Vigência do seguro é de 12 (doze) meses, contada a partir das 24 h do pagamento do prêmio.

3.2 - Cobertura / Capital Segurado:

a) Morte Acidental – R\$ 1.000

3.3 - Benefícios/Serviços adicionais:

Plano A:

Assistência Descontos em Medicamentos

Desconto mínimo de 30% em medicamentos genéricos e de 15% em medicamentos de marca, na Rede de Farmácias parceiras.

Assistência Desconto em Consultas e Exames

Consultas presenciais e exames, com baixo custo, em Rede Credenciada.

Assistência Telemedicina

Consultas à distância, por videoconferência, sem custo, com médico Clínico Geral da Rede Credenciada.

Capitalização

Sorteios mensais de R\$ 5.000,00* (*cinco mil reais) (valor bruto sem incidência de Imposto de Renda).

Plano B:

Assistência Descontos em Medicamentos

Desconto mínimo de 30% em medicamentos genéricos e de 15% em medicamentos de marca, na Rede de Farmácias parceiras.

Assistência Desconto em Consultas e Exames

Consultas presenciais e exames, com baixo custo, em Rede Credenciada.

Assistência Telemedicina

Consultas à distância, por videoconferência, sem custo, com médicos e especialistas da Rede Credenciada. Consultas ilimitadas com Clínico Geral e 06 (seis) consultas nas especialidades Psicólogo ou Nutricionista, por ano, durante a vigência do seguro.

Assistência Check Up Médico

Check up Médico, em Rede Credenciada, composto por consulta presencial e exames, sem custo. Limitado a 1 (uma) utilização por ano durante a vigência do seguro. Carência de 90 dias para uso.

Capitalização

Sorteios mensais de R\$ 10.000,00* (*dez mil reais) (*valor bruto sem incidência de Imposto de Renda).

Plano C:

Assistência Descontos em Medicamentos

Desconto mínimo de 30% em medicamentos genéricos e de 15% em medicamentos de marca, na Rede de Farmácias parceiras.

Assistência Desconto em Consultas e Exames

Familiar - Consultas presenciais e exames, com baixo custo, em Rede Credenciada.

Assistência Telemedicina

Familiar - Consultas à distância, por videoconferência, sem custo, com médicos e especialistas da Rede Credenciada. Consultas ilimitadas com Clínico Geral e 06 (seis) consultas por ano nas especialidades Psicólogo ou Nutricionista, compartilhadas entre o grupo familiar, durante a vigência do seguro.

Assistência Check Up Médico

Familiar - Check up Médico, em Rede Credenciada, composto por consulta presencial e exames, sem custo. Limitado a 01 (uma) utilização por integrante do grupo familiar, por ano, durante a vigência do seguro. Carência de 90 dias para uso.

Capitalização

Sorteios mensais de R\$ 20.000,00* (vinte mil reais) (*valor bruto sem incidência de Imposto de Renda).

4 - DADOS, FORMA DE PAGAMENTO

4.1 - (X) Pagamento do Prêmio Mensal: Será realizado através da cobrança mensal de 12 parcelas a serem descontadas na fatura de um dos **Cartões de Crédito Consignado BMG**.

4.2 - () Pagamento do Prêmio Parcelado: O valor total do seu seguro Bmg MED corresponderá a 12 (doze) parcelas do valor de acordo com o plano contratado e comprometerá o limite de um dos **Cartões de Crédito Consignado BMG** após a contratação, no entanto, a medida em que os pagamentos forem realizados, o seu limite, gradativamente e mensalmente, retornará ao valor original.

5 - DECLARAÇÃO, AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO E AUTORIZAÇÃO DE RENOVAÇÃO

5.1 - Declaro que: (i) tive acesso integral, compreendi e que concordo com todas as Condições Contratuais do Seguro, incluindo as Condições Gerais e Especiais, e que exerço meu direito pela opção de contratação deste seguro; (ii) estou de acordo com as condições anexas a esta proposta, devidamente rubricadas.

5.2 - Autorizo o débito do valor do prêmio do seguro em um dos meus **Cartões de Crédito Consignado BMG**, na modalidade mensal ou parcelada, respeitando o período de 12 meses, bem como os das renovações futuras que ocorrerão ao final das vigências do seguro. Autorizo, também, a automática renovação do seguro. Estou ciente de que, não tendo interesse na renovação do seguro, deverei manifestar-me previamente ao encerramento do prazo de vigência em curso, nos termos das Condições Gerais do Seguro. Na ausência de manifestação, estou ciente de que o seguro será renovado de forma automática por uma única vez e concordo em manter meu vínculo.

6 - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DOS DADOS PESSOAIS

6.1 - Ao contratar o seguro objeto deste documento, reconheço e concordo, expressamente, que meus dados pessoais ("Informações") serão utilizados para os fins necessários à consecução do seu objeto, inclusive meus dados de saúde obtidos quando da utilização das assistências à saúde. Ainda, reconheço e autorizo, expressamente, que os meus dados pessoais possam ser revelados a Terceiros (drogarias, farmácias, hospitais, laboratórios, clínicas, entre outros prestadores de serviços da Saúde), seja mediante a distribuição de cópias, compilações, extratos, análises, cruzamento de dados ou outros meios que contenham ou de outra forma reflitam referidas informações, estendendo aos terceiros (drogarias, farmácias, hospitais, laboratórios, clínicas, entre outros prestadores de serviços da Saúde), a autorização para realizarem o tratamento dos meus dados pessoais conforme aqui descrito e seguindo as diretrizes da Política de Privacidade da Generali e dos terceiros prestadores das Assistências.

6.2 - Reconheço e concordo expressamente que meus dados pessoais (apenas nome, endereços, e-mail e telefones) sejam utilizados para fins de campanhas e divulgações promocionais.

6.3 - Para obter mais informações sobre como a Generali cuida dos seus dados pessoais, bem como para entender como você pode exercer seus direitos relacionados aos seus dados pessoais, consulte a nossa Política de Privacidade, disponível em: <https://www.generalicom.br>.

Caso você ainda tenha dúvidas sobre esse assunto, fique à vontade para entrar em contato conosco pelo e-mail: privacidade@generalicom.br

7 - POR ESTAR DE ACORDO COM OS TERMOS DESTA PROPOSTA DE ADESÃO, INCLUSIVE SUAS CONDIÇÕES ANEXAS, BEM COMO COM AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO, ASSINO:

LOCAL _____ DATA _____

ASSINATURA _____

CONFORME ACEITAÇÃO ELETRÔNICA, DECLARO QUE ESTOU DE ACORDO COM AS COBERTURAS DO SEGURO E AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DISPONIBILIZADAS NO SITE WWW.GENERALI.COM.BR.

Autenticação Eletrônica: C5EA6BE43C581633A0044CCB99D36665 | Data/Hora: 20/02/2025 10:33:20 | IP/Terminal: 177.191.248.84 | Localizacao: - 3.8785392 | -38.6207508\${seguro_assinatura_eletronica}

7 - DECLARAÇÃO SE ANALFABETO OU IMPEDIDO DE ASSINAR

Declaro que ouvi atentamente a leitura desta PROPOSTA E DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO BMG MED - GENERALI na presença das testemunhas, tendo compreendido seu conteúdo, estando ciente de todas as condições e obrigações assumidas.



A rogo do(a) TITULAR, assina o rogado:

Nome:

CPF

Testemunhas:

1.

Nome:

CPF

2.

Nome:

CPF

PROPOSTA DE ADESÃO AO SEGURO BMG MED – GENERALI

Condições e características do Seguro BMG MED

1 – Beneficiários - Os beneficiários serão designados livremente pelo Segurado. O SEGURADO poderá alterar e incluir através do aplicativo e ou central de atendimento.

2 - Declaração e Autorização de Renovação:

I. Declaro que as informações contidas neste documento e seus anexos são verdadeiras e completas e assumo total responsabilidade pela sua exatidão, inclusive que, estou em perfeitas condições de saúde e que tomei conhecimento na íntegra das Condições Contratuais desta adesão, que foram integralmente lidas e aceitas por mim.

II. Estou ciente de que qualquer indenização por sinistro somente será liquidada após o pagamento do devido prêmio, a caracterização do evento coberto e o seu amparo pelo seguro e que, de acordo com o artigo 766 do Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação e/ou taxaço do risco pela Seguradora, perderei o direito a qualquer indenização, sem restituição do prêmio total pago. **Estou ciente, ainda, de que o não pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento do seguro, observadas as disposições das condições contratuais do seguro e legislação aplicável à espécie.**

III. Estou ciente de que, não tendo interesse na manutenção da renovação do seguro, deverei manifestar-me previamente ao encerramento do prazo de vigência em curso, nos termos das Condições Gerais do Seguro. Na ausência da manifestação, estou ciente de que o seguro será renovado de forma automática por uma única vez e concordo em manter meu vínculo.

3 - Prêmio - O valor do prêmio será informado no Certificado Individual conforme descrito na presente Proposta e poderá ser consultado no site www.general-bmg.com.br.

4 - Benefícios Adicionais:

Plano A:

-ASSISTÊNCIA DESCONTO EM MEDICAMENTOS

Serviço prestado pela **TEM ADMINISTRADORA DE CARTÕES S.A.** – CNPJ Nº 09.216.007/0001-10. Oferece desconto mínimo de 30% em medicamentos genéricos e de 15% em medicamentos de marca regulados pela Anvisa, sobre o PMC¹ nas farmácias das Redes² Droga Raia, Drogasil, Drogaria São Paulo, Drogaria Pacheco, Drogal, ExtraFarma e Pague Menos. Serviço de uso ilimitado durante a vigência do seguro. Para utilização em compras presenciais basta informar o CPF do Segurado no momento do pagamento para haja validação do desconto fornecido pela TEM Saúde. Nas compras através de site ou aplicativo das Farmácias que dispõem deste canal, o segurado deve realizar seu cadastro e ativar o desconto na área MEUS BENEFÍCIOS antes de começar suas compras.

¹ PMC = Preço Máximo ao Consumidor. É o preço máximo permitido para venda ao consumidor, já com os impostos incidentes, praticado pelas farmácias, drogarias

² Rede de Farmácias sujeita a alterações a qualquer momento. A Rede Credenciada poderá ser consultada através dos seguintes canais: **Aplicativo TEM Saúde Digital, Portal** <https://app.temsaude.com/bmqmed>, **Central de Atendimento** 3004-9817 Capitais e 0800 728 2076 Demais localidades de 2ª à 6ª das 7h às 19h ou **Whatsapp** 11 5128-7754 de 2ª à 6ª das 9h às 18h.

-ASSISTÊNCIA DESCONTO EM CONSULTAS E EXAMES

Serviço prestado pela **TEM ADMINISTRADORA DE CARTÕES S.A.** – CNPJ Nº 09.216.007/0001-10. Acesso a agendamento e realização de consultas médicas e odontológicas presenciais, além de exames laboratoriais e odontológicos e de serviços de medicina complementar como Estética, Nutrição, Psicologia e Fisioterapia, em Rede Credenciada, com preços reduzidos. Serviço disponível para o segurado, de uso ilimitado, durante a vigência do seguro, **onde o custo com as consultas e exames são de responsabilidade do segurado com pagamento diretamente ao profissional ou clínica.**

Para orçamento e agendamento, o segurado deverá acessar os seguintes canais: **Aplicativo TEM Saúde**

Digital, Portal <https://app.temsaude.com/bmqmed>, **Central de Atendimento** 3004-9817 Capitais e 0800 728 2076 Demais localidades de 2ª à 6ª das 7h às 19h ou **Whatsapp** 11 5128-7754 de 2ª à 6ª das 9h às 18h.

-ASSISTÊNCIA TELEMEDICINA

Serviço prestado pela Alterar para **SDU Assistance Soluções Gerenciais e Serviços de Assistência 24 horas Ltda.**, CNPJ 38.730.209/0001-83.

Disponibiliza ao segurado, acesso à consultas a distância, por videoconferência, sem custo, com médico Clínico Geral para avaliação de condições clínicas de menor gravidade e/ou complexidade com a finalidade de prevenção de doenças, lesões e promoção de saúde. Caso o Clínico Geral constate a necessidade de consulta com especialistas, direcionará o segurado para agendamento. Havendo necessidade de consulta de retorno, o médico Clínico Geral ou Especialista providenciará o agendamento em prazo limitado à 15 dias após a 1ª consulta. Serviço disponível através de pronto atendimento 24 horas (com até 10 minutos de espera) ou agendamento. Uso ilimitado durante a vigência do seguro. Para acionamento do Pronto Atendimento Médico 24h o segurado deverá acessar os seguintes canais digitais: **Whatsapp** 11 5128-7754, **Aplicativo TEM Saúde Digital**

ou **Portal** <https://app.temsaude.com/bmqmed>. Para acionamento das consultas agendadas, além dos canais digitais já citados, o segurado poderá contatar a **Central de Atendimento** 3004-9817 Capitais e 0800 728 2076 demais localidades, de 2ª à 6ª das 7h às 19h

Plano B:

- ASSISTÊNCIA DESCONTO EM MEDICAMENTOS

Serviço prestado pela **TEM ADMINISTRADORA DE CARTÕES S.A.** – CNPJ Nº 09.216.007/0001-10. Oferece desconto mínimo de 30% em medicamentos genéricos e de 15% em medicamentos de marca regulados pela Anvisa, sobre o PMC¹ nas farmácias das Redes² Droga Raia, Drogasil, Drogaria São Paulo, Drogaria Pacheco, Drogal, ExtraFarma e Pague Menos. Serviço de uso ilimitado durante a vigência do seguro. Para utilização em compras presenciais basta informar o CPF do Segurado no momento do pagamento para haja validação do desconto fornecido pela TEM Saúde. Nas compras através de site ou

aplicativo das Farmácias que dispõem deste canal, o segurado deve realizar seu cadastro e ativar o desconto na área MEUS BENEFÍCIOS antes de começar suas compras.

¹ PMC = Preço Máximo ao Consumidor. É o preço máximo permitido para venda ao consumidor, já com os impostos incidentes, praticado pelas farmácias, drogarias

² Rede de Farmácias sujeita a alterações a qualquer momento. A Rede Credenciada poderá ser consultada através dos seguintes canais: **Aplicativo TEM Saúde Digital**, **Portal** <https://app.temsaude.com/bmgmed>, **Central de Atendimento** 3004-9817 Capitais e 0800 728 2076 Demais localidades de 2º a 6º das 7h às 19h ou **Whatsapp** II 5128-7754 de 2º a 6º das 9h às 18h.

- ASSISTÊNCIA DESCONTO EM CONSULTAS E EXAMES

Serviço prestado pela **TEM ADMINISTRADORA DE CARTÕES S.A.** – CNPJ Nº 09.216.007/0001-10. Acesso a agendamento e realização de consultas médicas e odontológicas presenciais, além de exames laboratoriais e odontológicos e de serviços de medicina complementar como Estética, Nutrição, Psicologia e Fisioterapia, em Rede Credenciada, com preços reduzidos. Serviço disponível para o segurado, de uso ilimitado, durante a vigência do seguro, **onde o custo com as consultas e exames são de responsabilidade do segurado com pagamento diretamente ao profissional ou clínica.**

Para orçamento e agendamento, o segurado deverá acessar os seguintes canais: **Aplicativo TEM Saúde**

Digital, **Portal** <https://app.temsaude.com/bmgmed>, **Central de Atendimento** 3004-9817 Capitais e 0800 728 2076 Demais localidades de 2º a 6º das 7h às 19h ou **Whatsapp** II 5128-7754 de 2º a 6º das 9h às 18h.

- ASSISTÊNCIA TELEMEDICINA

Serviço prestado pela **SOU Assistance Soluções Gerenciais e Serviços de Assistência 24 horas Ltda.**, CNPJ 38.730.209/0001-83. Disponibiliza ao segurado acesso à consultas a distância, por videoconferência, com médicos e especialistas da Rede Credenciada, sem custo. A Assistência Telemedicina contempla: [I] Consulta com médico Clínico Geral, para avaliação de condições clínicas de menor gravidade e/ou complexidade com a finalidade de prevenção de doenças, lesões e promoção de saúde. Caso o Clínico Geral constate a necessidade de consulta com especialistas, direciona o segurado para agendamento. Havendo necessidade de consulta de retorno, o médico Clínico Geral ou Especialista providenciará o agendamento em prazo limitado à 15 dias após a 1ª consulta. Serviço disponível através de pronto atendimento 24 horas (com até 10 minutos de espera) ou agendamento. Uso ilimitado durante a vigência do seguro. [II] Consultas com Psicólogos e/ou Nutricionistas em benefício à saúde mental e qualidade de vida. Disponível através de agendamento em horário mais apropriado para o segurado. Limitado ao segurado, durante a vigência do seguro. Para acionamento do Pronto Atendimento Médico 24h o segurado deverá acessar os seguintes canais digitais: **Whatsapp** II 5128-7754, **Aplicativo TEM Saúde Digital**

ou **Portal** <https://app.temsaude.com/bmgmed>. Para acionamento das consultas agendadas, além dos canais digitais já citados, o segurado poderá contatar a **Central de Atendimento** 3004-9817 Capitais e 0800 728 2076 demais localidades, de 2º a 6º das 7h às 19h

- ASSISTÊNCIA CHECK UP MÉDICO

Serviço prestado pela **TEM ADMINISTRADORA DE CARTÕES S.A.** – CNPJ Nº 09.216.007/0001-10. Avaliação médica em Rede Credenciada, na especialidade Clínico Geral, composta por 1 (uma) consulta presencial, exames básicos (hemograma, glicemia, colesterol, urina, parasitológico e triglicérides) e retorno após realização dos exames limitado ao prazo de 30 dias após a 1ª consulta, sem custo. Disponível para o segurado. Serviço realizado através de agendamento e limitado a 1 (uma) utilização, por ano de vigência do seguro. Para uso do serviço, haverá carência de 90 dias iniciados na adesão ao seguro. O acionamento do serviço deverá ser realizado pelo segurado através dos seguintes canais: **Aplicativo TEM Saúde**

Digital, **Portal** <https://app.temsaude.com/bmgmed>, **Central de Atendimento** 3004-9817 Capitais e 0800 728 2076 Demais localidades de 2º a 6º das 7h às 19h ou **Whatsapp** II 5128-7754 de 2º a 6º das 9h às 18h.

Plano C:

- ASSISTÊNCIA DESCONTO EM MEDICAMENTOS

Serviço prestado pela **TEM ADMINISTRADORA DE CARTÕES S.A.** – CNPJ Nº 09.216.007/0001-10. Oferece desconto mínimo de 30% em medicamentos genéricos e de 15% em medicamentos de marca regulados pela Anvisa, sobre o PMC¹ nas farmácias das Redes² Droga Raia, Drogasil, Drogeria São Paulo, Drogeria Pacheco, Drogal, ExtraFarma e Pague Menos. Serviço de uso ilimitado durante a vigência do seguro. Para utilização em compras presenciais basta informar o CPF do Segurado no momento do pagamento para haja validação do desconto fornecido pela TEM Saúde. Nas compras através de site ou aplicativo das Farmácias que dispõem deste canal, o segurado deve realizar seu cadastro e ativar o desconto na área MEUS BENEFÍCIOS antes de começar suas compras.

¹ PMC = Preço Máximo ao Consumidor. É o preço máximo permitido para venda ao consumidor, já com os impostos incidentes, praticado pelas farmácias, drogarias

² Rede de Farmácias sujeita a alterações a qualquer momento. A Rede Credenciada poderá ser consultada através dos seguintes canais: **Aplicativo TEM Saúde Digital**, **Portal** <https://app.temsaude.com/bmgmed>, **Central de Atendimento** 3004-9817 Capitais e 0800 728 2076 Demais localidades de 2º a 6º das 7h às 19h ou **Whatsapp** II 5128-7754 de 2º a 6º das 9h às 18h.

- ASSISTÊNCIA DESCONTO EM CONSULTAS E EXAMES

Serviço prestado pela **TEM ADMINISTRADORA DE CARTÕES S.A.** – CNPJ Nº 09.216.007/0001-10. Acesso a agendamento e realização de consultas médicas e odontológicas presenciais, além de exames laboratoriais e odontológicos e de serviços de medicina complementar como Estética, Nutrição, Psicologia e Fisioterapia, em Rede Credenciada, com preços reduzidos. Serviço disponível para o segurado e mais 4 familiares (cônjuge ou companheiro, filhos e/ou enteados, pai, mãe, sogro ou sogra), de uso ilimitado, durante a vigência do seguro, onde o custo com as consultas e exames são de responsabilidade do segurado com pagamento diretamente ao profissional ou clínica. Para orçamento e agendamento, o segurado deverá acessar os seguintes canais: **Aplicativo TEM Saúde Digital**, **Portal** <https://app.temsaude.com/bmgmed>, **Central de Atendimento** 3004-9817 Capitais e 0800 728 2076 Demais localidades de 2º a 6º das 7h às 19h ou **Whatsapp** II 5128-7754 de 2º a 6º das 9h às 18h.

- ASSISTÊNCIA TELEMEDICINA

Serviço prestado pela **SOU Assistance Soluções Gerenciais e Serviços de Assistência 24 horas Ltda.**, CNPJ 38.730.209/0001-83. Disponibiliza ao segurado e mais 4 familiares (cônjuge ou companheiro, filhos e/ou enteados, pai, mãe, sogro ou sogra), acesso à consultas a distância, por videoconferência, com médicos e especialistas da Rede Credenciada, sem custo. A Assistência Telemedicina contempla: [I] Consulta com médico Clínico Geral, para avaliação de condições clínicas de menor gravidade e/ou complexidade com a finalidade de prevenção de doenças, lesões e promoção de saúde. Caso o Clínico Geral constate a necessidade de consulta com especialistas, direciona o segurado para agendamento. Havendo necessidade de consulta de retorno, o médico Clínico Geral ou Especialista providenciará o agendamento em prazo limitado à 15 dias após a 1ª consulta. Serviço disponível através de pronto atendimento 24 horas (com até 10 minutos de espera) ou agendamento. Uso ilimitado durante a vigência do seguro. [II] Consultas com Psicólogos e/ou Nutricionistas em benefício à saúde mental e qualidade de vida. Disponível através de agendamento em horário mais apropriado para o segurado. Limitado a 06 (seis) utilizações entre as especialidades, compartilhada entre o grupo familiar, durante a vigência do seguro. Para acionamento do Pronto Atendimento Médico 24h o segurado deverá acessar os seguintes canais digitais: **Whatsapp** 11 5128-7754, **Aplicativo** TEM Saúde Digital ou **Portal** <https://app.temsaude.com/bmgmed>. Para acionamento das consultas agendadas, além dos canais digitais já citados, o segurado poderá contatar a **Central de Atendimento** 3004-9817 Capitais e 0800 728 2076 demais localidades, de 2ª à 6ª das 7h às 19h

- ASSISTÊNCIA CHECK UP MÉDICO

Serviço prestado pela **TEM ADMINISTRADORA DE CARTÕES S.A.** – CNPJ Nº 09.216.007/0001-10. Avaliação médica em Rede Credenciada, na especialidade Clínico Geral, composta por 1 (uma) consulta presencial, exames básicos (hemograma, glicemia, colesterol, urina, parasitológico e triglicérides) e retorno após realização dos exames limitado ao prazo de 30 dias após a 1ª consulta, sem custo. Disponível para o segurado mais 4 familiares (cônjuge ou companheiro, filhos e/ou enteados, pai, mãe, sogro ou sogra), mediante comprovação de parentesco. Serviço realizado através de agendamento e limitado a 1 (uma) utilização por integrante do grupo familiar, por ano de vigência do seguro. Para uso do serviço, haverá carência de 90 dias iniciados na adesão ao seguro. O acionamento do serviço deverá ser realizado pelo segurado através dos seguintes canais: **Aplicativo** TEM Saúde Digital, **Portal** <https://app.temsaude.com/bmgmed>, **Central de Atendimento** 3004-9817 Capitais e 000 728 2076 Demais localidades de 2ª à 6ª das 7h às 19h ou **Whatsapp** 11 5128-7754 de 2ª à 6ª das 9h às 18h.

4.3 - Sorteios: Título de capitalização da modalidade incentivo emitido pela **ICATU CAPITALIZAÇÃO S/A** - CNPJ nº 74.267.170/0001-73, Processo SUSEP nº 15414.900706/2019-05. A Seguradora cede ao Segurado, a título gratuito, o direito de participação em sorteios, de acordo com a escolha de plano, conforme legislação em vigor. O Segurado concorrerá a 1 (um) sorteio mensal pela Loteria Federal, realizado no último sábado de cada mês a partir do primeiro mês seguinte ao pagamento do prêmio de seguro. O número do sorteio e o Regulamento da promoção serão enviados juntamente com o Certificado Individual. (válido enquanto a promoção estiver vigente).

5 - Os Benefícios Adicionais estão sujeitos a alterações ou exclusões nas possíveis renovações do Seguro.

6 – Informações Adicionais: Este seguro é garantido pela **GENERALI BRASIL SEGUROS S.A** CNPJ/MF sob o nº 33.072.307/0001-57, Código SUSEP 0590-8, processo SUSEP nº 102037134-9, estabelecida no endereço R. Barão de Tefé, 34 - 16º andar, Centro - Rio de Janeiro - CEP 2004-002, com 60%(sessenta por cento) de responsabilidade e pela cosseguradora **BMG SEGURADORA S.A** S/A CNPJ/ME sob o nº 26.136.748/0001-00, Código SUSEP 03417, estabelecida no endereço, Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 1.830, 10º andar, Conjunto 02, sala 06, Condomínio Edifício São Luiz, Vila Nova Conceição, CEP 04543-000, com 40%(quarenta por cento) de responsabilidade. As Condições Gerais da apólice podem ser acessadas a qualquer tempo no endereço eletrônico www.generalibrasil.com.br. Central de Atendimento: para capitais e regiões metropolitanas: 3004-9817. Demais localidades: 0800 728 2076. SAC :0800 88 90 200. Deficiente auditivo e de fala: 0800 88 90 400. Ouvidoria: 0800 88 03 900. Horário de atendimento Ouvidoria: de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h (exceto feriados municipais, estaduais e nacionais). "A aceitação do seguro está sujeita à análise do risco". **A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da presente Proposta, sendo autorizada a solicitação de documentos complementares, uma única vez, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, durante esse prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação. A Seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.** O registro deste Produto é automático e não apresenta aprovação ou recomendação por parte da SUSEP. Este seguro é contratado por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice estipulada na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do Corretor de Seguros e da Sociedade Seguradora no site <https://www.gov.br/susep/pt-br> por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo e CNPJ. As Condições Contratuais/Regulamento deste produto estão protocolizadas pela Seguradora na Susep e poderão ser consultadas no endereço eletrônico <https://www.gov.br/susep/pt-br>, de acordo com o número de processos constantes da Apólice/Proposta.

Para aviso de sinistro, alterações ou informações da apólice - **Canais de Atendimento da Seguradora:**
3004-9817 – Capitais e regiões metropolitanas
0800 728 2076 – Demais localidades
0800 88 90 400 – Deficiente auditivo
0800 88 90 200 – SAC
0800 88 03 900 – Ouvidoria
0800 00 03 534 – Assistência (agendamento de consulta, desconto em farmácia e Telemedicina)

Informações referentes a contratação do Seguro - **Canais de Atendimento do Banco BMG:**
4002-7007 – Ligações de Celular
0800 770 1790 – Ligações de Telefone Fixo
0800 979 9099 – SAC
0800 9797 333 – Deficiente auditivo e /ou de fala Atendimento: 24 horas / 7 dias por semana

	TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO BENEFICIÁRIO – INSS	Nº ADE: 95526782
Eu FRANCISCO CLAUDIANO BEZERRA DE OLIVEIRA, CPF 359.523.423-53 para apoiar a contratação/simulação do empréstimo consignado, cartão de crédito consignado e cartão consignado de benefícios do INSS, a fim de subsidiar a proposta do Banco Bmg S.A, autorizo o INSS/Dataprev a disponibilizar as seguintes informações:		
I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO	1. Nome Completo 2. CPF 3. Data de Nascimento	
II – DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO	1. Nome Completo 2. CPF 3. Data fim	
III – DADOS DO BENEFÍCIO	1. Número do Benefício 2. Situação do Benefício 3. Espécie do Benefício 4. Indicação de que o Benefício foi Concedido por Liminar 5. Data de Cessação do Benefício – DCB (se houver) 6. UF de pagamento 7. Tipo de Crédito (Cartão Magnético ou Conta Corrente) 8. CBC da IF Pagadora 9. Agência da Pagadora 10. Conta Corrente onde o Benefício é Pago 11. Classificador da Pensão Alimentícia 12. Possui: a) Representante Legal b) Possui Procurador; ou c) Possui Entidade Representação 13. Bloqueado para Empréstimo 14. Data da última Perícia Médica 15. Data do Despacho do Benefício - DDB 16. Valor: a) Da Margem Disponível b) Da Margem Disponível Cartão c) Do Limite de Cartão 17. Quantidade de Contratos ativos ou suspensos ou reservados 18. Data da Consulta 19. Elegível para Empréstimo 20. Data de Extinção da Cota o Dependente Titular 21. Valor Líquido	

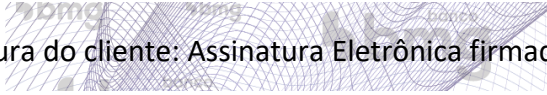
Este termo autoriza esta Instituição Financeira a consultar as informações acima descritas durante um período de 30 (trinta) dias e qualquer utilização deste, para outros fins, incorrerá nas sanções previstas na Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD).

Este pedido poderá ser efetuado pela Instituição Financeira em até 45 dias após a assinatura deste instrumento.



Assinatura do Titular/Representante Legal:

Assinatura do cliente: Assinatura Eletrônica firmada por Biometria Facial



Autenticação eletrônica:

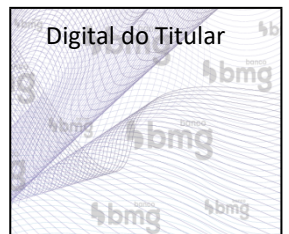
Local e data:

Declaração se analfabeto ou impedido de assinar: Eu, assinante a rogo do Titular, abaixo qualificado, declaro que ouvi atentamente a leitura deste Termo de Autorização do Beneficiário do INSS, ao Titular, e por não restar nenhuma dúvida acerca da autorização aqui concedida, assino a rogo do Titular, na presença de 2 (duas) testemunhas abaixo qualificadas, para que esta possa surtir seus devidos efeitos jurídicos e legais.

A rogo do(a) Titular, assina o rogado:

Nome: _____

CPF: _____



Testemunhas:

1. _____

Nome: _____

CPF: _____

2. _____

Nome: _____

CPF: _____

Central de Relacionamento: Por telefone celular 4002 7007 (ligação e WhatsApp) e por telefone fixo 0800 031 8866. SAC: 0800 979 9099. Para deficiente auditivo ou de fala 0800 979 7333 – atendimento 24 horas, 7 dias da semana. Cobrança 0800 286 3636. Se sua reclamação foi tratada em nossos canais de atendimento, mas a solução oferecida não foi satisfatória, procure a OUVIDORIA 0800 723 2044.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PESSOAS PRIVILEGIADAS



NOME

FRANCISCO CLAUDIANO BEZERRA DE
OLIVEIRA

FILIAÇÃO

JORGE PATRÍCIO DE OLIVEIRA

ALZIRA BEZERRA DE OLIVEIRA

DATA NASCIMENTO

23/08/1958

NATURALIDADE

FORTALEZA - CE

ÓRGÃO EXPEDIDOR

TIPO/FATOR RM

SSPDS-CE

XXX

OBSERVAÇÃO

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

ASSINATURA DO TITULAR

Francisco Claudiano Bezerra de Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 359.523.423-53

DNI XXXXXXXXXXXXXXXX

REGISTRO GERAL

LOCAL

DATA DE EXPEDIÇÃO OUTRO RG

2003010369525

P.: 209 30/08/2023

2ª VIA

REGISTRO CIVIL

CERT. CASAMENTO CARTÓRIO: 2ª ZONA TERMO: 0014111 FOLHA: 00000107
LIVRO: B00026 FORTALEZA - CE

NOME SOCIAL

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

POLEGAR DIREITO

T ELETOR

CTPS

SERIE

UF

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXX

XX

NIS/PIS/PASEP

IDENTIDADE PROFISSIONAL

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

CERT. MILITAR

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

CNS

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

XX

ASSINATURA DO DIRETOR

Paula

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL





SEUS DADOS		SERVIÇOS A CLIENTES
FRANCISCO CLAUDIANO BEZERRA DE		Central de Atendimento BMG
Cartão N° 2229.2648.5971.0040		0800-8804006

DATA	HISTÓRICO	MOEDA DE ORIGEM	EM R\$/US\$
	FRANCISCO C BEZERRA 2229.2648.5971.0040		
25/04/2025	Parcela de Saque Autorizado		47,30
26/04/2025	SEGURO BMG MED MENSAL - 12 MESES		29,90
26/04/2025	Seguro Prestamista		314,18
28/04/2025	Tarifa Emissao Cartao (Parcelas)		5,00

VENCIAMENTO	10/05/2025	Página 1/1
LIMITES		
De Crédito		2.428,00
De Saque		1.700,00

RESUMO DAS DESPESAS		
TOTAL DA FATURA ANTERIOR	R\$	0,00
(-) Pagamentos Efetuados / Amortizações	R\$	0,00
(=) Saldo da Fatura Ant. atualizado	R\$	0,00

TOTAL DESTA FATURA	R\$	396,38
--------------------	-----	--------

""É vedada, nos termos da Circular n 2.735, de 09.01.97, do Banco Central do Brasil, a utilização de cartão de crédito internacional para pagamento de importações sujeitas a registro no SISCOMEX, bem como aquisição de bens e serviços que configurem investimento brasileiro no exterior

TOTAL DE DESPESAS NO BRASIL			
Saldo Ant.R\$	-	Créditos	Débitos
0,00		0,00	396,38
=			
Total Nacional R\$			
TOTAL 1			396,38

TOTAL DE DESPESAS NO EXTERIOR			
Total Exterior US\$	X	Cotação do Dólar em	28/04/2025
0,00			5,9600
Total Internacional R\$			
TOTAL 2			0,00
TOTAL DESTA FATURA (1+2)		PAGAMENTO MÍNIMO	
396,38		0,00	

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA		
ENCARGOS	Encargo Contr. do Período	2,46 %(AM)
	Juros por atraso	0,00 %(AM)
	Juros próximo período	2,46 %(AM)
	Por atraso próx. período	0,00 %(AM)

FRANCISCO CLAUDIANO BEZERRA DE
LATERAL SUL, 1102
ACARACUZINHO
61920-710

MARACANAU

QUADRA 2 B

CE



SEUS DADOS		SERVIÇOS A CLIENTES
FRANCISCO CLAUDIANO BEZERRA DE		Central de Atendimento BMG
Cartão N° 2229.2648.5971.0040		0800-8804006

DEMONSTRATIVO DE DESPESAS			
DATA	HISTÓRICO	MOEDA DE ORIGEM	EM R\$/US\$
	FRANCISCO C BEZERRA 2229.2648.5971.0040		
25/04/2025	Estorno Saque Autorizado Parcelado Venc		- 47,30
28/04/2025	Tarifa Emissao Cartao (Parcelas)		5,00
11/05/2025	CRL RACOES		30,00
11/05/2025	MF MULTIMARCA Parc.1/2		42,50
17/05/2025	MP *CARLINHOSMOTO Parc.1/3		50,00
27/05/2025	SEGURO BMG MED MENSAL - 12 MESES		29,90
28/05/2025	ENCARG FINANC FATURADOS		8,88
28/05/2025	IOF Rotativo		2,20

VENCIMENTO	10/06/2025	Página 1/1
LIMITES		
De Crédito		2.428,00
De Saque		1.700,00

RESUMO DAS DESPESAS		
TOTAL DA FATURA ANTERIOR	R\$	396,38
(-) Pagamentos Efetuados / Amortizações	R\$	0,00
(=) Saldo da Fatura Ant. atualizado	R\$	396,38

TOTAL DESTA FATURA	R\$	517,56
--------------------	-----	--------

""É vedada, nos termos da Circular n 2.735, de 09.01.97, do Banco Central do Brasil, a utilização de cartão de crédito internacional para pagamento de importações sujeitas a registro no SISCOMEX, bem como aquisição de bens e serviços que configurem investimento brasileiro no exterior

TOTAL DE DESPESAS NO BRASIL			
Saldo Ant.R\$		Créditos	Débitos
396,38	-	47,30	+ 168,48 =
Total Nacional R\$			
TOTAL 1			517,56

TOTAL DE DESPESAS NO EXTERIOR			
Total Exterior US\$		Cotação do Dólar em	28/05/2025
0,00	X		5,9300
Total Internacional R\$			
TOTAL 2			0,00 =
TOTAL DESTA FATURA (1+2)		PAGAMENTO MÍNIMO	
517,56			75,90

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA		
ENCARGOS	Encargo Contr. do Período	2,46 %(AM)
	Juros por atraso	0,00 %(AM)
	Juros próximo período	2,46 %(AM)
	Por atraso próx. período	0,00 %(AM)

FRANCISCO CLAUDIANO BEZERRA DE
LATERAL SUL, 1102
ACARACUZINHO
61920-710

MARACANAU

QUADRA 2 B

CE



SEUS DADOS		SERVIÇOS A CLIENTES
FRANCISCO CLAUDIANO BEZERRA DE		Central de Atendimento BMG
Cartão N° 2229.2648.5971.0040		0800-8804006

DEMONSTRATIVO DE DESPESAS			
DATA	HISTÓRICO	MOEDA DE ORIGEM	EM R\$/US\$
	FRANCISCO C BEZERRA 2229.2648.5971.0040		
28/04/2025	Tarifa Emissao Cartao (Parcelas)		5,00
11/05/2025	MF MULTIMARCA Parc.2/2		42,50
17/05/2025	MP *CARLINHOSMOTO Parc.2/3		50,00
10/06/2025	Credito de Refinanciamento Saldo Financ		-441,66
10/06/2025	Pagamento Debito em Folha		-75,90
10/06/2025	PARCELA DE FATURA		12,48

VENCIAMENTO	10/07/2025	Página 1/1
LIMITES		
De Crédito		2.428,00
De Saque		1.700,00

RESUMO DAS DESPESAS		
TOTAL DA FATURA ANTERIOR	R\$	517,56
(-) Pagamentos Efetuados / Amortizações	R\$	75,90
(=) Saldo da Fatura Ant. atualizado	R\$	441,66

TOTAL DESTA FATURA	R\$	109,98
--------------------	-----	--------

""É vedada, nos termos da Circular n 2.735, de 09.01.97, do Banco Central do Brasil, a utilização de cartão de crédito internacional para pagamento de importações sujeitas a registro no SISCOMEX, bem como aquisição de bens e serviços que configurem investimento brasileiro no exterior

TOTAL DE DESPESAS NO BRASIL			
Saldo Ant.R\$		Créditos	Débitos
517,56	-	517,56	+ 109,98 =
Total Nacional R\$			
TOTAL 1			109,98

TOTAL DE DESPESAS NO EXTERIOR			
Total Exterior US\$		Cotação do Dólar em	26/06/2025
0,00	X		5,8100
Total Internacional R\$			
TOTAL 2			0,00 =
TOTAL DESTA FATURA (1+2)		PAGAMENTO MÍNIMO	
109,98			75,90

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA		
ENCARGOS	Encargo Contr. do Período	2,46 %(AM)
	Juros por atraso	0,00 %(AM)
	Juros próximo período	2,46 %(AM)
	Por atraso próx. período	0,00 %(AM)

FRANCISCO CLAUDIANO BEZERRA DE
LATERAL SUL, 1102
ACARACUZINHO
61920-710

MARACANAU

QUADRA 2 B

CE

Conta 0000.0000.1355.1956						
Lançamentos Faturas		FRANCISCO CLAUDIANO BEZERRA DE			Página 1/1	
Vencimento Fatura	Descrição	Saldo	Encargos % (am)	Pagto		Saldo Remanescente
10/05/2025	Saldo Anterior	0,00	2,46	0,00	31	
	Compras / Saques	391,38				
	Taxas e Anuidade	5,00				
	Ajustes	0,00				
	Encargos Período	0,00				
	Saldo	396,38				396,38
10/06/2025	Saldo Anterior	396,38	2,46	0,00	30	
	Compras / Saques	152,40				
	Taxas e Anuidade	5,00				
	Ajustes	-47,30				
	Encargos Período	11,08				
	Saldo	517,56				517,56
10/07/2025	Saldo Anterior	517,56	2,46	-75,90	31	
	Compras / Saques	104,98				
	Taxas e Anuidade	5,00				
	Ajustes	-441,66				
	Encargos Período	0,00				
	Saldo	185,88				109,98
Totais	Saldo Anterior	0,00	0,00	-75,90		
	Compras / Saques	648,76				
	Taxas e Anuidade	15,00				
	Ajustes	-488,96				
	Encargos Período	11,08				
	Saldo	0,00				0,00
	Saldo Anterior					
	Compras / Saques					
	Taxas e Anuidade					
	Ajustes					
	Encargos Período					
	Saldo					
	Saldo Anterior					
	Compras / Saques					
	Taxas e Anuidade					
	Ajustes					
	Encargos Período					
	Saldo					