

São Paulo, 9 de outubro de 2025

FRANCISCO VALDIR SILVA DAS CHAGAS
Rua Antônio Germano, 3983, CASA
Pajuçara
Maracanaú, CE
61933-020

Reclamante: FRANCISCO VALDIR SILVA DAS CHAGAS
301

Processo nº 25.10.0564.001.00006-

CPF nº 388.259.533-72

Prezado (a) Senhor (a),

Em atenção à reclamação registrada, seguem os esclarecimentos.

Recebemos a sua manifestação registrada no Procon, na qual informa desconhecer a contratação de Cartões Consignados.

De imediato, esclarecemos que os cartões (plásticos) foram cancelados.

Identificamos que você se refere as seguintes operações:

1. Cartão de Crédito Consignado nº 52-0972226/22, contratada em 15/03/2022, com reserva de margem consignável (RMC) no valor de R\$ 75,90.

Informamos que este cartão pode ser utilizado em compras ou saques. No seu caso, você solicitou um Saque Complementar, por isso, o valor de R\$ 1.358,00 foi liberado em sua conta em 10/08/2023, utilizando parte do limite do seu cartão.

2. Cartão Benefício Consignado nº 53-2465047/23, contratada em 14/08/2023, com reserva de margem consignável (RMC) no valor de R\$ 75,90.

Informamos que este cartão pode ser utilizado em compras ou saques. No seu caso, você solicitou o Pré-Saque, por isso, o valor de R\$ 1.350,00 foi liberado em sua conta em 15/08/2023, utilizando parte do limite do seu cartão.

Informamos que os contratos foram avaliados e vimos que você teve acesso a todas as informações a respeito das contratações que estavam na proposta, após, assinou o contrato, forneceu seus documentos, formalizando as operações.

Informamos que, o pagamento do seu cartão consignado é feito pela fatura. O pagamento mínimo é descontado de sua folha de pagamento/salário (RMC), mas, você pode quitar o total do débito,



Dayane, assistente virtual do Daycoval

Atendimento Whatsapp

 **11 99111 6583**

Central de Atendimento

 <https://daycoval.com.br/atendimento>

Ouvidoria

 <https://www.daycoval.com.br/institucional/ouvidoria>

Central de Atendimento

Consultas, informações

e transações:

Capitais de regiões

metropolitanas:

0300 111 0500

Disponível 7 dias por semana

SAC

Reclamações, cancelamentos

e informações:

0800 775 0500

Deficiente auditivo ou de fala:

0800 775 2005

Disponível 7 dias por semana

Ouvidoria

Se não ficar satisfeito
com a solução apresentada
no SAC ou Central
de atendimento:

0800 777 0900

Disponível de segunda a
sexta feira das 9h às 18h

efetuando o pagamento do restante do valor, indicado no campo “saldo devedor após pagamento mínimo”, em qualquer instituição financeira.

Lembrando que, o não pagamento do valor total gera a cobrança de encargos em sua próxima fatura. Caso não tenha recebido a fatura, basta solicitar em nossos canais de atendimento.

Além disso, identificamos também que aderiu ao seguro prestamista nessas contratações, de modo digital, de forma clara e separada aos contratos, demonstrando a sua livre vontade para aceite deste produto. Portanto, os seguros se encontram devidamente formalizados.

Desta forma, ressaltamos que os contratos foram formalizados corretamente, os contratos continuarão ativos e os plásticos foram cancelados.

Aproveitamos para informar que há em suas faturas os seguintes parcelamentos:

- Cartão Benefício Consignado nº 53-2465047/23

- Pré-Saque contratado para pagamento em 84 parcelas, conforme Termo de Solicitação e Autorização de Saque, digitalmente assinado por você (vide fatura PRE SAQUE PARC26/84 no valor de R\$ 44,15);

- Parcelamento automático em virtude da Resolução CMN nº 4.549 (vide fatura FIN PARC AUTOMPARC24/83 no valor de R\$ 4,40).

- Cartão de Crédito Consignado nº 52-0972226/22

- Parcelamento compulsório em razão da Resolução 1359 do INSS (vide fatura PARCEL RES1359PARC24/84 no valor de R\$ 47,46).

Caso você tenha interesse em efetuar a quitação à vista de sua fatura ou opte pela reversão do parcelamento em questão, é necessário solicitar a aceleração das parcelas.

É importante dizer que a margem permanecerá averbada até que o saldo seja quitado, e você peça a liberação.

No entanto, visando resolver a sua demanda, seguem as propostas de parcelamento de seu saldo:

Contrato cartão benefício consignado: 53-2465047/23, disponível para adesão até 08/11/2025.

Saldo total financiado: R\$ 1.524,02

Parcelado em:

Prazo x Valor parcela

12X de R\$ 151,35



Dayane, assistente virtual do Daycoval

Atendimento Whatsapp

☎ 11 99111 6583

Central de Atendimento

🌐 <https://daycoval.com.br/atendimento>

Ouvidoria

🌐 <https://www.daycoval.com.br/institucional/ouvidoria>

Central de Atendimento

Consultas, informações e transações:

Capitais de regiões metropolitanas:

☎ 0300 111 0500

Disponível 7 dias por semana

SAC

Reclamações, cancelamentos e informações:

☎ 0800 775 0500

Deficiente auditivo ou de fala:

☎ 0800 775 2005

Disponível 7 dias por semana

Ouvidoria

Se não ficar satisfeito com a solução apresentada no SAC ou Central de atendimento:

☎ 0800 777 0900

Disponível de segunda a sexta-feira das 9h às 18h

24X de R\$ 87,30
36X de R\$ 66,33
48X de R\$ 56,23
60X de R\$ 50,49

Contrato cartão de crédito consignado: 52-0972226/22, disponível para adesão até 10/11/2025.
Saldo total financiado: R\$ 1.520,50
Parcelado em:

Prazo x Valor parcela
12X de R\$ 151,00
24X de R\$ 87,09
36X de R\$ 66,17
48X de R\$ 56,10
60X de R\$ 50,38

Em caso de aceite de algum dos parcelamentos, você pode efetivar a negociação através desta Ouvidoria, ou na Central de Cartões, por meio do telefone informado no rodapé desta correspondência.

Frisamos que, após a data-limite para adesão à proposta, as condições apresentadas deixarão de ser válidas, em razão da atualização do saldo devedor.

No entanto, caso a proposta expire, você poderá solicitar uma nova negociação diretamente na Central de Atendimento Cartões.

Também seguem abaixo as orientações necessárias para a formalização adequada da sua negociação:

- Caso o valor da parcela seja superior ao valor mínimo descontado em folha, será necessário realizar o pagamento complementar por meio da fatura, a fim de que o parcelamento seja quitado dentro do prazo acordado.
- A adesão ao parcelamento realizada após o vencimento da fatura acarretará a cobrança de encargos de crédito rotativo na fatura seguinte, os quais não estão incluídos no valor do parcelamento.
- A margem consignável permanecerá averbada até a quitação total dos débitos, e você continuará recebendo a fatura mensalmente enquanto houver saldo devedor.

Para sua conferência, seguem as cópias dos contratos, os comprovantes dos créditos e a suas últimas faturas.

Por fim, em caso de dúvidas, permanecemos à disposição para eventuais esclarecimentos por meio do nosso Canal de Ouvidoria, pelo telefone 0800 777 0900.



Dayane, assistente virtual do Daycoval

Atendimento Whatsapp
☎ 11 99111 6583

Central de Atendimento
🌐 <https://daycoval.com.br/atendimento>

Ouvidoria
🌐 <https://www.daycoval.com.br/institucional/ouvidoria>

Central de Atendimento

Consultas, informações
e transações:
Capitais de regiões
metropolitanas:
☎ 0300 111 0500

Disponível 7 dias por semana

SAC

Reclamações, cancelamentos
e informações:
☎ 0800 775 0500
Deficiente auditivo ou de fala:
☎ 0800 775 2005

Disponível 7 dias por semana

Ouvidoria

Se não ficar satisfeito
com a solução apresentada
no SAC ou Central
de atendimento:
☎ 0800 777 0900
Disponível de segunda a
sexta feira das 9h às 18h

Cordialmente,



Ouvidoria Banco Daycoval



Dayane, assistente virtual do Daycoval

Atendimento Whatsapp

 **11 99111 6583**

Central de Atendimento

 <https://daycoval.com.br/atendimento>

Ouvidoria

 <https://www.daycoval.com.br/institucional/ouvidoria>

Central de Atendimento

Consultas, informações
e transações:

Capitais de regiões
metropolitanas:

0300 111 0500

Disponível 7 dias por semana

SAC

Reclamações, cancelamentos
e informações:

0800 775 0500

Deficiente auditivo ou de fala:

0800 775 2005

Disponível 7 dias por semana

Ouvidoria

Se não ficar satisfeito
com a solução apresentada
no SAC ou Central
de atendimento:

0800 777 0900

Disponível de segunda a
sexta feira das 9h às 18h

CONTRATO Nº 52-0972226/22				
Correspondente no País				
Código/Nome: 483205/QUALICONSIG PROMOTORA DE VENDAS		CNPJ: 27.733.374/0001-72		Telefone:
Agente: EMILLY KARLA SIQUEIR		CPF: 099.283.264-01		
CEP: 03502020	Endereço: RUA GENERAL SOUTO NETO,709			Nº:
Complemento: 3 ANDAR	Bairro: VILA ARICANDUVA	Cidade: SAO PAULO		UF:
Benefício Vinculado ao Cartão: INSS(X) Outros Órgãos Públicos() Empresas Privadas()				
Dados Titular:	CPF: 388.259.533-72		Nome: FRANCISCO VALDIR SILVA DAS CHAGAS	
Nacionalidade: Brasileira	Data Nascimento: 16/11/1965	Sexo: Masculino	Estado Civil: Solteiro	Identidade(RG): 41812982
Data Emissão / Órgão Expeditor - UF 12/06/1992 / SSP - CE				
Nome da Mãe: MARIA EUNICE SILVA DAS CHAGAS				E-mail
CEP: 61933020	Endereço Residencial(Rua,Avenida, etc...): RUA ANTONIO GERMANO			Nº: 3983
Complemento:	Bairro: PAJUCARA	Cidade: MARACANAU		UF: CE
Tel.(DDD e Nº):	Tel.Celular(DDD,Nº): 85-991881071	Portador Adicional(exceto INSS) (X)Não ()Sim - Formulário Anexo.		
DADOS DOS BENEFÍCIO/SALÁRIO DO TITULAR				
Nome da Entidade/Empresa Averbadora: INSS		Número do benefício / Matrícula / Registro: 2026184741		Margem(%): 5,00
Endereço(Rua/Av., nº, Bairro, Cidade/UF): SAUS QUADRA 4 BLOCO N,0,ASA SUL,BRASILIA/DF		Renda(R\$): 1.212,00	Data Admissão: 01/01/2021	Telefone(DDD/Nº):
Nome do Banco Pagador: CAIXA ECONOMICA FEDERAL	Nº do Banco: 0104	Nº Agência: 03604	Conta-corrente: 29692-9	Dia do Pagamento

1. Condições Gerais: Declaro que recebi e li previamente as Condições Gerais de Emissão e Utilização do Cartão de Crédito Consignado do Banco Daycoval para Aposentados e Pensionistas do INSS, Servidores Públicos Ativos e Inativos e/ou Trabalhadores de Empresas Privadas ("Condições Gerais"), registradas em 12/03/2018 no 10º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de São Paulo/SP sob nº 2.150.519, inexistindo dúvidas sobre suas cláusulas, direitos e obrigações.

2. Autorização para Reserva de Margem Consignável: Autorizo o Banco Daycoval S/A, neste ato, de forma irrevogável e irretroatável, a constituir reserva de margem consignável de até 5% (cinco por cento) de minha remuneração, por tempo indeterminado, nos termos da legislação e convênio aplicáveis e do disposto no art. 6º da Lei 10.820/03, para os pagamentos mínimos mensais da(s) fatura(s) do Cartão de Crédito Consignado do Banco Daycoval ("Cartão") de minha titularidade, devendo tal autorização permanecer sempre válida e eficaz sob pena de cancelamento imediato de meu Cartão e adoção das medidas cabíveis.

3. Outras Declarações: Declaro estar ciente e concordar que: (I) ao utilizar o Cartão e/ou assinar este Termo de Adesão, estou anuindo, em caráter irrevogável e incondicional, ao disposto nas Condições Gerais; (II) poderei consultar sempre as Condições Gerais e suas alterações/aditamentos no site do Banco Daycoval S.A. ("Daycoval") no endereço eletrônico: www.daycoval.com.br; (III) as Condições Gerais poderão ser alteradas de tempos em tempos pelo Daycoval, mediante novos registros em cartório, as quais poderão, a critério do Daycoval, ser disponibilizadas na forma da alínea "II" acima (registros esses que serão noticiados no site do Daycoval); (IV) conheço os termos do convênio firmado pelo Daycoval e a Entidade/Empresa Averbadora para desconto em minha renda mensal do valor consignável acima descrito, para amortização do saldo devedor do Cartão de Crédito Consignado Banco Daycoval; (V) mensalmente será consignado em minha remuneração o valor do pagamento mínimo indicado nas faturas do Cartão, obrigando-me no caso de opção pelo pagamento integral a utilizar a fatura do Cartão para quitar o débito que exceder o valor consignável; (VI) O Saldo devedor do cartão pode ser pago, antecipadamente, pelo montante total ou parcial, por meio do boleto, que acompanha a fatura mensal, na rede bancária, sendo direito do titular a redução proporcional dos juros e demais acréscimos. A amortização do pagamento mínimo da fatura ocorrerá por meio de desconto em folha de pagamento; (VII) o Daycoval está autorizado por prazo indeterminado a debitar quaisquer valores devidos em relação ao Cartão em minha conta bancária descrita acima e/ou em outra conta bancária de minha titularidade no Brasil que venha a substituí-la, inclusive a conta disponibilizada por seu empregador. Estou ciente de que se comprovada a falsidade das declarações e informações constantes deste Termo de Adesão estarei sujeito às responsabilidades criminal do artigo 299 do Código Penal (Crime de Falsidade Ideológica).

Manoel da Silva
Local e Data:

Francisco Valdir Silva das Chagas
Assinatura do(a) Cliente:

ASSINATURA



Central de Serviços: 0300 111 0500
 Central de Atendimento para Deficiente Auditivo: 0800 775 2005

V.2_18 – ABR/2018

SAC Daycoval: 0800 775 0500
 Ouvidoria Banco Daycoval: 0800 777 0900

Nº CARTÃO/PROPOSTA: #NCartaoP			
Código/Nome: 483205/QUALICONSIG PROMOTORA DE VENDAS		CNPJ: 27.733.374/0001-72	Telefone:
Agente: EMILLY KARLA SIQUEIR		CPF: 099.283.264-01	
CEP: 03502020	Endereço: RUA GENERAL SOUTO NETO, 709		Nº:
Complemento: 3 ANDAR	Bairro: VILA ARICANDUVA	Cidade: SAO PAULO	UF:

DADOS DO TITULAR

CPF: 388.259.533-72	Nome: FRANCISCO VALDIR SILVA DAS CHAGAS
----------------------------	--

DADOS BANCÁRIOS

Nome do Banco: CAIXA ECONOMICA FEDERAL	Nº do Banco: 0104	Nº Agência: 03604	Nº da Conta(Corrente/Poupança): 868398195-7
--	-----------------------------	-----------------------------	---

Autorizo o **BANCO DAYCOVAL S/A**, em caráter irrevogável e irretroatável a:

() Transferir o valor abaixo indicado, referente a parte do limite de crédito do meu **Cartão de Crédito Consignado Banco Daycoval**, para a Conta Bancária da minha titularidade acima indicada.

() Utilizar o valor abaixo indicado, de parte do limite de crédito do meu **Cartão de Crédito Consignado Banco Daycoval**, para pagamento(s) da(s) fatura(s) junto ao(s) banco(s) _____, totalizando o valor de R\$ _____ (_____).

Declaro: (a) ter recebido a Planilha Demonstrativa do Custo Efetivo Total (CET), previamente à assinatura desta autorização, com o valor estimado do saque; (b) que recebi e concordei com todas as informações e cálculos pertinentes ao CET, bem como dos fluxos considerados em seu cálculo, inclusive a taxa percentual incidente, conforme condições vigentes na presente data; e (c) que o valor do saque será pago juntamente com as demais despesas da fatura de meu **Cartão de Crédito Consignado Banco Daycoval** ou financiado após a amortização do pagamento mínimo de minha fatura por meio de desconto em folha de pagamento.

Valor do Saque¹ R\$ _____ (_____).

Taxa de Juros: _____ % a.m. Taxa de Juros: _____ % a.a. IOF Diário: _____ % a.d. IOF Adicional: _____ %

Tarifa: R\$ _____ CET: _____ % a.m. CET: _____ % a.a.

Prazo: _____ (mensais) Vencimento Inicial: _____ / _____ / _____ Vencimento Final: _____ / _____ / _____

Total a pagar: Sem Financiamento: _____ Com Financiamento²: _____ Juros³: _____

¹ O Valor do saque está condicionado ao limite de crédito disponível, podendo ser inferior ao solicitado. ² O Valor total do financiamento refere-se à operação de crédito contratada nesta ato. ³ Total de juros previsto até o final do prazo.

Importante: O Saldo devedor do cartão pode ser pago, antecipadamente, pelo montante total ou parcial, por meio de boleto, que segue anexo a fatura mensal, em qualquer agência bancária, sendo direito do titular a redução proporcional dos juros e demais acréscimos. A amortização do pagamento mínimo da fatura ocorrerá por meio de desconto em folha de pagamento.

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Declaro, para os devidos fins de direito, estar ciente de que o pagamento da fatura do cartão de crédito deve ocorrer em valor integral, constituindo o pagamento por consignação apenas o valor mínimo da fatura. O não pagamento integral da fatura do cartão de crédito gera encargos rotativos na ordem de _____, ao mês, incidentes sobre o valor não pago. Esse percentual é inferior ao cartão de crédito convencional. Declaro ainda ciência de que existem outras modalidades de crédito, a exemplo do empréstimo consignado, que possuem juros mensais em percentuais menores.

Local e Data: _____

Assinatura do(a) Cliente: Francisco Valdir Silva das Chagas

 ASSINATURA



Este Termo de Adesão formaliza a contratação de um cartão consignado de benefício pela pessoa indicada no quadro abaixo.



**TENHO CIÊNCIA QUE ESTOU
CONTRATANDO UM CARTÃO
CONSIGNADO DE BENEFÍCIO NAS
CONDIÇÕES ABAIXO.**

1) DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCISCO VALDIR SILVA DAS CHAGAS
CPF: 388.259.533-72
RG: 41812982
Data de Emissão: 12/06/1992
Órgão Expedidor: SSP
Estado Civil: Solteiro
Data de Nascimento: 16/11/1965
Sexo: Masculino
Nacionalidade: Brasileiro
Nome da Mãe: MARIA EUNICE SILVA DAS CHAGAS
E-mail: NADA.NADA@GMAIL.COM
Endereço: RUA ANTONIO GERMANO
Número: 3983
Complemento:
CEP: 61933020

Bairro: PAJUCARA
Cidade: MARACANAÚ
Estado: CE
Telefone Residencial:
Telefone Comercial:
Telefone Celular: 85-991881071
Empregador/Pagador: INSS CARTAO BENEFICIO
Órgão: APOSENTADO
Lotação:
N.º Benefício/Matrícula/Registro: 2026184741
Data Admissão:
Renda: 1.320,00
Estado do Benefício: CE
Banco: 104 - CAIXA ECONOM FEDERAL
Agência: 3604
Conta Corrente: 000029692-9

Autorização para a realização de débitos sobre limite de crédito na(s) conta(s) indicada(s) acima e decorrentes de obrigação vencida, inclusive por meio de lançamento parciais:

☒ Sim ☐ Não

2) DADOS DO CORRESPONDENTE

Razão Social: 005806/NOVA PROMOTORA LTDA
CNPJ: 40.912.119/0001-55

Nome do Agente: THAIS BAPTISTA MOREIRA
CPF: 003.645.080-43

3) DADOS DO CARTÃO E DO LIMITE DE CRÉDITO

Limite de Crédito Estimado: 1.940,00
Taxa de Juros: 2,89% ao mês 40,76% ao ano:
Tarifa de Emissão do Cartão: R\$ 15,00

O Cartão Consignado de Benefício funciona da seguinte forma:

1. O Cliente ao solicitar um cartão consignado de benefício, o Banco Daycoval S.A. ("DAYCOVAL") informará o Limite de Crédito Estimado do cartão, considerando o valor da renda mensal do benefício/remuneração do Cliente.
2. Após a adesão à contratação do cartão consignado de benefício, o DAYCOVAL reservará a margem consignável disponível do cliente para contratação de operações de cartão consignado de benefício. O valor do limite de crédito pode variar de acordo com a margem consignável. O Limite de Crédito Estimado se torna efetivo somente após realizada a averbação/reserva da margem consignável junto a Entidade Pública ou Privada responsável pelo pagamento da remuneração do cliente.
3. A partir daí, todos os meses o cliente pode usar o cartão consignado de benefício para realizar compras, saques ou solicitar transferências de valores para a sua conta bancária, observados os valores disponíveis para cada operação conforme indicado na fatura mensal do cartão.
4. O Cliente poderá solicitar operações de Saque no ato da contratação do cartão consignado de benefício, mediante assinatura de Termo de Solicitação de Saque disponibilizado pelo DAYCOVAL, onde o Cliente poderá optar pelo pagamento parcelado, desde que assim previsto nas legislações aplicáveis ou convênio celebrado entre o DAYCOVAL e a Entidade Pública ou Privada responsável pelo pagamento de sua remuneração, ou ainda, via saque em caixa eletrônico com pagamento à vista na próxima fatura mensal do cartão.
5. O cartão consignado de benefício Daycoval oferece sem qualquer custo adicional, os seguintes benefícios: (i) auxílio funeral e seguro de vida mediante assinatura do competente Termo de Adesão ao Seguro Cartão Consignado de Benefício e (ii) descontos em redes de farmácias conveniadas junto ao DAYCOVAL, cuja relação está disponível na Central de Atendimento ao Cliente de Cartão DAYCOVAL.

Onde o cliente pode encontrar o valor de sua dívida no cartão consignado de benefício?

A dívida do cartão consignado de benefício estará identificada na fatura mensal do cliente como "Valor Total desta Fatura" (definido abaixo), que é composto pela soma dos valores indicados como "Pagamento Mínimo" e "Saldo a Pagar".

Como o cliente pode realizar o pagamento da dívida total ou parcial do cartão consignado de benefício?

O pagamento total ou parcial da dívida pode ser realizado de duas maneiras:

Pagamento Mínimo: valor previsto para desconto em folha de pagamento, o qual é mensalmente repassado ao DAYCOVAL para amortização parcial da dívida.

Saldo a Pagar: são todos os valores excedentes ao Pagamento Mínimo, que poderá ser pago via boleto bancário constante da fatura mensal do cartão.

Sobre as Faturas

A partir da utilização do cartão consignado de benefício, o Cliente receberá mensalmente faturas, onde constarão as seguintes informações:

- a. Valor Total da Fatura: corresponde a todas as movimentações realizadas no período, como compras, saques, pagamentos, créditos, débitos, Saldo a Pagar remanescente da fatura anterior (se houver) e Operações Contratadas, sendo composto pela soma dos valores indicados como Pagamento Mínimo e Saldo a Pagar.
- b. Pagamento Mínimo: valor previsto para desconto em folha de pagamento conforme a margem consignável do cliente. Caso não seja possível o desconto para amortização dos valores, o Pagamento Mínimo deverá ser realizado via boleto bancário constante da fatura mensal do cartão e adicionado ao Saldo a Pagar.
- c. Saldo a Pagar: são todos os valores excedentes ao Pagamento Mínimo;
- d. Vencimento: data limite para pagamento do Saldo a Pagar sem a incidências de novos encargos.
- e. Limites: são os limites de crédito disponíveis para realização de compras e/ou saques.

f. Resumo: informações a respeito dos valores devidos no mês anterior, pagamentos e/ou novas utilizações, com demonstração do saldo atual que compõem o Valor Total desta Fatura.

g. Operações Contratadas: operações que foram contratadas no último período, como saque, crédito rotativo e parcelamento com incidência de Encargos;

h. Encargos: valores cobrados sobre o Saldo a Pagar da fatura anterior e/ou novas operações contratadas no último período;

i. Taxa de Juros: indica os percentuais das taxas de juros vigentes no período anterior e previsto para o próximo, os quais poderão variar ao longo do período de vigência do cartão consignado de benefício;

j. CET: indica o Custo Efetivo Total das Operações Contratadas, correspondente a taxa de juros, tarifas, tributos e outras despesas vinculadas à contratação;

k. Informações Adicionais: previsão de Encargos para o próximo período, caso seja realizado somente o Pagamento Mínimo.

Atenção: Com o pagamento total da fatura mensal o cliente evitará a cobrança de novos juros e encargos. Caso o Cliente não efetue o pagamento integral do Saldo Devedor de sua fatura até a data de vencimento, terá o valor de sua dívida inserido em crédito rotativo com cobrança de juros e encargos à serem pagos na fatura do mês seguinte. Não havendo o pagamento do crédito rotativo até o vencimento da fatura do mês seguinte, este será pago via parcelamento automático de fatura em parcelas mensais e de mesmo valor, desde que não realizadas novas Operações Contratadas, conforme previsto nas legislações aplicáveis ou convênio celebrado entre o DAYCOVAL e a Entidade Pública ou Privada responsável pelo pagamento de sua remuneração.

Autorizações que o cliente dá ao DAYCOVAL

1. **Autorização de Reserva Cartão Consignado de Benefício**

Fica o DAYCOVAL neste ato, expressamente autorizado a efetuar reserva de até 5,00% de minha remuneração mensal ("Reserva Cartão Consignado de Benefício - RCC"), a fim de efetuar o desconto do valor correspondente ao Pagamento Mínimo do cartão em minha folha de pagamento.

A RCC constará na folha de pagamento do cliente e isso não significa DESCONTO de qualquer valor, mas tão somente uma RESERVA.

Os detalhes dessa RESERVA constam nas legislações aplicáveis, bem como no convênio celebrado entre o DAYCOVAL e a Entidade Pública ou Privada responsável pelo pagamento da remuneração do cliente.

2. **Autorizações do SCR**

Fica o DAYCOVAL neste ato, expressamente autorizado, de modo irrevogável e nos termos da regulamentação do Banco Central do Brasil ("BCB") vigente, as demais instituições que possam consultar o Sistema de Informações de Créditos ("SCR") e que adquiram ou recebam em garantia, ou manifestem interesse em receber em garantia total ou parcialmente, operações de crédito de responsabilidade do Cliente, a consultar no SCR as informações consolidadas sobre essas operações.

O cliente, neste ato ainda, declara-se ciente de que: (a) o SCR tem por finalidade prover informações ao BCB, para fins de monitoramento do crédito no sistema financeiro e para o exercício de suas atividades de fiscalização, e propiciar o intercâmbio de informações entre instituições financeiras, conforme § 1º, do art. 1º da Lei Complementar n.º 105/2001, sobre o montante de responsabilidades de clientes em operações de crédito, (b) os dados das operações de crédito do Cliente serão registradas pelo DAYCOVAL no SCR, (c) são de exclusiva responsabilidade das instituições remetentes as inclusões de informações no SCR, as correções e exclusões de informações constantes do SCR, a identificação de operações de crédito que se encontrem sub judice, o cumprimento de determinações judiciais, o fornecimento de informações sobre essas determinações e o registro de manifestações de discordância apresentadas pelos contratantes, bem como de outras condições e anotações necessárias a garantir a completude, a fidedignidade e a integridade da informação sobre operações de crédito,

e (d) o procedimento a ser adotado pelo Cliente junto ao DAYCOVAL para correção ou exclusão de informações remetidas pelo DAYCOVAL ao SCR, o cadastramento de medida judicial e o registro de manifestação de discordância quanto às informações remetidas pelo DAYCOVAL ao SCR deverá ser verificado pelo Cliente junto à Central de Atendimento ao Cliente do DAYCOVAL.

3. Autorização de Débito de Saldo Devedor Vencido

O cliente autoriza o DAYCOVAL, até o integral pagamento do Valor Total da Fatura, a (a) debitar da conta indicada no preâmbulo, todos os valores que sejam devidos sob o cartão consignado de benefício, (b) conforme opção escolhida no preâmbulo, realizar débitos sobre limite de crédito mantido em referida conta e também decorrentes de obrigação vencida, inclusive por meio de lançamentos parciais.

4. Tratamento de Dados Pessoais

O cliente e seus representantes (se houver) por meio deste instrumento, autorizam o DAYCOVAL e empresas integrantes de seu grupo econômico ("Grupo Daycoval") a tratar, conforme definido na Lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados ("LGPD"), todas suas informações pessoais para: (a) sua identificação e qualificação; (b) análise e oferta de produtos e serviços para o cliente, podendo inclusive realizar contato por telefone; (c) apresentação de propostas, contratação e cumprimento de contratos, (d) avaliação e acompanhamento de situação econômico-financeira; (e) cumprimento de obrigações legais, regulatórias e de autorregulação; (f) exercício regular de direitos; (g) prevenção e identificação de fraudes, prevenção e gerenciamento de riscos à segurança.

O Grupo Daycoval possui uma política relacionada ao cumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados disponível em seu site de Relações com Investidores (<https://ri.daycoval.com.br/>), onde todos os seus direitos estão explicados.

5. Gestão de Banco de Dados

O cliente autoriza os gestores de bancos de dados a disponibilizar ao DAYCOVAL seus históricos de crédito, incluindo os dados financeiros e de pagamentos relativos:

- às operações de crédito e pagamento feitos nos seus vencimentos, e
- àquelas que ainda vão vencer.

Esses dados servem para a análise e a eventual concessão de crédito, a venda a prazo ou outras transações que tenham risco financeiro. O cliente pode revogar a qualquer momento esta autorização perante o gestor do banco de dados.

Declarações que o Cliente faz ao DAYCOVAL:

1. Declara que recebeu uma cópia das **Condições Gerais de Emissão e Utilização do Cartão de Crédito Consignado ou Cartão de Benefício Consignado emitidos pelo DAYCOVAL** para Empregados Regidos pela CLT, Servidores Públicos Ativos e Inativos e/ou Aposentados e Pensionistas do INSS e têm ciência de que sua versão mais atualizada está disponível para consulta no site www.daycoval.com.br.

2. Declara que **LEU, ENTENDEU, SANOU QUALQUER DÚVIDA E ACEITOU** todas as condições para contratar esse cartão consignado de benefício.

3. Declara estar ciente que o valor descontado em folha/benefício se refere somente ao Pagamento Mínimo indicado em fatura, devendo realizar o pagamento do saldo remanescente descrito na fatura como Saldo a Pagar, via boleto constante da fatura até sua data de vencimento. Caso não ocorra o pagamento do Valor Total da Fatura até seu vencimento, terá o valor de sua dívida inserido em crédito rotativo com cobrança de juros e encargos à serem pagos na fatura no mês seguinte. Não havendo o pagamento do crédito rotativo até o vencimento da fatura do mês seguinte, este será pago via parcelamento automático de fatura em parcelas mensais e de mesmo valor, desde que não realizadas novas Operações Contratadas, conforme previsto nas legislações aplicáveis ou convênio celebrado entre o DAYCOVAL e a Entidade Pública ou Privada responsável pelo pagamento de sua remuneração.

4. Declara estar ciente que a taxa de juros do cartão consignado de benefício é MENOR que a taxa do cartão de crédito convencional e MAIOR que a taxa de juros do EMPRÉSTIMO CONSIGNADO
 5. Declara estar ciente que é crime de falsidade ideológica fornecer informações falsas.
 6. Declara que avisará o DAYCOVAL se houver alteração nos dados fornecidos acima.
 7. Declara concordar ser válida a assinatura eletrônica de qualquer documento entre o cliente e o DAYCOVAL, ainda que os meios de comprovação de autoria e integridade tenham ou não certificados emitidos pela ICP-Brasil.
 8. Declara conhecer o seu direito a desistência desta contratação entrando em contato com a Central de Atendimento ao Cliente de Cartão DAYCOVAL pelo nº: 3004-5300 (capitais e regiões metropolitanas) e 0800 721 5300 (demais localidades) no período de até 7 (sete) dias a contar da contratação.
- É importante lembrar que as condições gerais podem mudar. Nesse caso, o DAYCOVAL informará com um comunicado em sua fatura ou por outra forma de correspondência. O cliente sempre poderá consultar a versão mais atualizada no site www.daycoval.com.br.



**TENHO CIÊNCIA QUE ESTOU
CONTRATANDO UM CARTÃO
CONSIGNADO DE BENEFÍCIO NAS
CONDIÇÕES ACIMA**

Local e Data: Maracanaú, 8 de Agosto de 2023.

Assinatura do(a) Cliente: _____

DOCUMENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE

PROTOCOLO DE ASSINATURA

O documento foi assinado eletronicamente pelo cliente abaixo identificado.

Para verificar autenticidade deste documento clique no link <https://portaldecredito.daycoval.com.br/assinatura/d38117df-55fa-4818-84b5-fcf7f451b53a> ou vá até o site <https://portaldecredito.daycoval.com.br/assinatura> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação : **d38117df-55fa-4818-84b5-fcf7f451b53a**



Hash do Documento

5668a23c7fd99cc7a25abce42b64c85a2ef4ce3dbbf44c86f02a9efbf3f1e14d

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 08/08/2023 18:42:25 UTC-03:00 é(são):

Dados de Identificação:

FRANCISCO VALDIR SILVA DAS CHAGAS (Signatário), CPF: 38825953372, e-mail NADA.NADA@GMAIL.COM, celular (85) 991881071

Evidências:

Data Hora: 08/08/2023 18:42:25 UTC-03:00

Geolocation: Lat:-3,8619838, Long:-38,5765122

Biometria Facial: Facial com vida

Dados do Aparelho:

IP: 168.197.0.221:35692

Sistema Operacional/ Navegador: Mozilla/5.0 (Linux; Android 8.1.0; SAMSUNG SM-G610M) AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) SamsungBrowser/22.0 Chrome/111.0.5563.116 Mobile Safari/537.36

ACEITES (CONSENTIMENTOS) - Data e hora

Aceite do Termo e condições: 08/08/2023 15:29:40 UTC-03:00

Aceite do envio de E-mail, SMS e WhatsApp: 08/08/2023 15:29:40 UTC-03:00

Cadastro da Biometria Facial (Selfie): 08/08/2023 18:42:14 UTC-03:00

Aceite do Endereço: 08/08/2023 18:38:09 UTC-03:00

Aceite do CET, Contrato e Assinatura Biometria Facial (Selfie): 08/08/2023 18:42:23 UTC-03:00

Aceite da confirmação do(a) vendedor(a) THAIS BAPTISTA MOREIRA : 08/08/2023 18:42:23 UTC-03:00

Ciente do aviso de prevenção contra golpes: 08/08/2023 18:40:14 UTC-03:00

Aceite da Lei 14.431 (Art. 7º): 08/08/2023 18:42:25 UTC-03:00

Hash Evidências

21cb8811a5b9b0389aafa1813645b45113346e82c070acdb1051646b582277b9



TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO DO CARTÃO CONSIGNADO DE BENEFÍCIO

Este é um termo necessário para o cumprimento da sentença judicial da Ação Civil Pública nº 106890-28.2015.4.01.3700, 3ª Vara Federal da Seção Judiciária de São Luís/MA, proposta pela Defensoria Pública da União.

Eu, FRANCISCO VALDIR SILVA DAS CHAGAS, inscrito(a) no CPF nº 388.259.533-72, benefício/matricula nº 2026184741, declaro, para os devidos fins e sob as penas da lei, estar de ciência e de acordo que:

- a) Contratei um Cartão Consignado de Benefício;
- b) Fui informado que a realização de saque mediante a utilização do meu limite do Cartão Consignado de Benefício ensejará a incidência de encargos e que o valor do saque, acrescido destes encargos, constará na minha próxima fatura do cartão;
- c) 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 Daycoval S.A., já que, caso a fatura não seja integralmente paga até a data de vencimento, incidirão encargos sobre o valor devido, conforme previsto na fatura;
- d) Declaro ainda saber que existem outras modalidades de crédito, a exemplo do empréstimo consignado, que possuem juros mensais em percentuais menores;
- e) Estou ciente de que a taxa de juros do Cartão Consignado de Benefício é inferior à taxa de juros do cartão de crédito convencional";
- f) Sendo utilizado o limite parcial ou total de meu Cartão Consignado de Benefício, para saques ou compras, em uma única transação, o saldo devedor do cartão será liquidado ao final de até 84 meses, contados a partir da data do primeiro desconto em folha, desde que:
 - 1. eu não realize outras transações de qualquer natureza, durante todo o período de amortização projetado a partir da última utilização;
 - 2. não ocorra a redução/perda da minha margem consignável de Cartão Consignado de Benefício;
 - 3. os descontos através da consignação ocorram mensalmente, sem interrupção até o total da dívida;
 - 4. eu não realize qualquer pagamento espontâneo via fatura; e
 - 5. 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 cliente poderá entrar em contato gratuitamente com o Banco Daycoval S.A., por intermédio da Central de Atendimento ao Cliente de Cartão DAYCOVAL no nº: 3004-5300 (para capitais e regiões metropolitanas) e 0800 721 5300 (demais localidades).



**TENHO CIÊNCIA QUE ESTOU
CONTRATANDO UM CARTÃO
CONSIGNADO DE BENEFÍCIO NAS
CONDIÇÕES ACIMA.**

Local e Data: Maracanaú, 8 de Agosto de 2023.

Assinatura do(a) Cliente: _____

DOCUMENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE

PROTOCOLO DE ASSINATURA

O documento foi assinado eletronicamente pelo cliente abaixo identificado.

Para verificar autenticidade deste documento clique no link <https://portaldecredito.daycoval.com.br/assinatura/574dcd10-9110-48b1-b4fe-5f5aef19c100> ou vá até o site <https://portaldecredito.daycoval.com.br/assinatura> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação : **574dcd10-9110-48b1-b4fe-5f5aef19c100**



Hash do Documento

150d2d21d747ec47d00985f1c885b0c5879314f06d9546cefc900e48aed331d1

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 08/08/2023 18:42:24 UTC-03:00 é(são):

Dados de Identificação:

FRANCISCO VALDIR SILVA DAS CHAGAS (Signatário), CPF: 38825953372, e-mail NADA.NADA@GMAIL.COM, celular (85) 991881071

Evidências:

Data Hora: 08/08/2023 18:42:24 UTC-03:00

Geolocation: Lat:-3,8619838, Long:-38,5765122

Biometria Facial: Facial com vida

Dados do Aparelho:

IP: 168.197.0.221:35692

Sistema Operacional/ Navegador: Mozilla/5.0 (Linux; Android 8.1.0; SAMSUNG SM-G610M) AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) SamsungBrowser/22.0 Chrome/111.0.5563.116 Mobile Safari/537.36

ACEITES (CONSENTIMENTOS) - Data e hora

Aceite do Termo e condições: 08/08/2023 15:29:40 UTC-03:00

Aceite do envio de E-mail, SMS e WhatsApp: 08/08/2023 15:29:40 UTC-03:00

Cadastro da Biometria Facial (Selfie): 08/08/2023 18:42:14 UTC-03:00

Aceite do Endereço: 08/08/2023 18:38:09 UTC-03:00

Aceite do CET, Contrato e Assinatura Biometria Facial (Selfie): 08/08/2023 18:42:23 UTC-03:00

Aceite da confirmação do(a) vendedor(a) THAIS BAPTISTA MOREIRA : 08/08/2023 18:42:23 UTC-03:00

Ciente do aviso de prevenção contra golpes: 08/08/2023 18:40:14 UTC-03:00

Aceite da Lei 14.431 (Art. 7º): 08/08/2023 18:42:24 UTC-03:00

Hash Evidências

3c7b9c8cea892879a91c89532ce34e19890c4b6e1812b5afd6d4dedb07683cc4



TERMO DE SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE SAQUE VIA **CARTÃO CONSIGNADO DE BENEFÍCIO** CARTÃO/PROPOSTA Nº 2465047

DADOS DO TITULAR

CPF: 388.259.533-72

Nome: FRANCISCO VALDIR SILVA DAS CHAGAS

DADOS BANCÁRIOS

Nome do Banco: CAIXA ECONOM FEDERAL

Nº do Banco: 104

Nº Agência: 3604

Nº da Conta (Corrente/Poupança): 000029692-9

CORRESPONDENTE BANCÁRIO

Razão Social: 005806/NOVA PROMOTORA LTDA
CNPJ: 40.912.119/0001-55

Nome do Agente: THAIS BAPTISTA MOREIRA
CPF: 003.645.080-43

Eu autorizo o **BANCO DAYCOVAL S/A** ("DAYCOVAL") a:

Realizar débitos sobre limite de crédito na(s) conta(s) indicada(s) acima e decorrentes de obrigação vencida, inclusive por meio de lançamento parciais:

☒ Sim

☐ Não

Através deste Termo estou solicitando e autorizando o DAYCOVAL a creditar em minha conta bancária indicada acima, o Valor do Saque indicado no campo "A" referente a parte do limite de crédito do meu Cartão Consignado de Benefício, cujas condições de pagamento estão a seguir detalhadas, estando ciente de que receberei via SMS a confirmação do Valor do Saque efetivamente aprovado e suas condições, sendo assegurado se não concordar, que poderei cancelar a operação no prazo de até 7 (sete) dias úteis seguintes à data deste Termo, desde que devolva os valores recebidos ao DAYCOVAL sem ônus, devendo para isso ligar para a Central de Atendimento ao Cliente de Cartão DAYCOVAL no nº: 3004-5300 (para capitais e regiões metropolitanas) e 0800 721 5300 (demais localidades).

A - Valor do Saque R\$ 1.350,00

Taxa de Juros: 2,89% ao mês.

Taxa de Juros: 40,76% ao ano

IOF Diário: 0,0082% ao dia

IOF Adicional: 0,38%

Tarifa: R\$ 0,01

CET: 3,52% ao mês

CET: 51,46% ao ano

Margem Consignável: R\$ 66,00

Valor de Parcela: R\$ 44,45

Prazo: 84 (Descontos em folha do valor do mínimo)

Vencimento Inicial: 08/09/2023

Vencimento Final: 08/08/2030

Total a pagar(Valor do Saque + Encargos): R\$ 3.734,89

ATENÇÃO! O valor solicitado para fins de SAQUE e suas condições de liquidação podem variar com base na Reserva Cartão Consignado de Benefício (RCC) disponível na data dessa averbação.

- Eu declaro que:

- (A) Entendi e concordei com todas as informações e valores;
- (B) Previamente à assinatura deste Termo, recebi o Demonstrativo de cálculo do Custo Efetivo Total ("CET"), que faz parte integrante e inseparável deste Termo para todos os fins de direito;
- (C) **Tenho ciência de que, a qualquer tempo, poderei solicitar cópia do demonstrativo de cálculo do CET por meio da Central de Atendimento ao Cliente de Cartão DAYCOVAL ou de quaisquer meios eletrônicos disponibilizados pelo DAYCOVAL;**
- (D) O Valor do Saque será pago junto com as demais despesas da fatura de meu Cartão Consignado de Benefício emitido pelo DAYCOVAL ou financiado após o Pagamento Mínimo indicado em minha fatura via desconto em folha de pagamento.
- (E) O valor descontado em minha folha de pagamento se refere somente ao Pagamento Mínimo indicado em minha fatura, devendo realizar o pagamento do saldo remanescente descrito na fatura como Saldo a Pagar via boleto constante da fatura até sua data de vencimento. O não pagamento do Saldo a Pagar ou o pagamento após o vencimento gerará a incidência de juros/encargos a serem cobrados na próxima fatura.
- (F) Declaro estar ciente que a taxa de juros de meu Cartão Consignado de Benefício é MENOR que a taxa de juros do cartão de crédito convencional e MAIOR que a taxa de juros do empréstimo consignado.
- (G) Estou ciente que as condições contratuais acima, no tocante a prazo e vencimento final poderão se alterar, sempre que houver (i) novas utilizações do limite de crédito indicado em minha fatura, (ii) pagamentos via fatura, (iii) não ocorra a redução/perda da minha margem consignável de cartão consignado de benefício, (iv) os descontos através da consignação ocorram mensalmente, sem interrupção até o total da dívida constante de minha fatura mensal.
- (H) Tenho conhecimento de que o Valor do Saque com financiamento poderá ser pago antecipadamente em qualquer agência bancária, pelo montante total ou parcial, por meio de boleto bancário disponibilizado juntamente com o valor da fatura, hipótese em que, quando aplicável, haverá a redução proporcional dos juros e demais encargos incidentes.



TENHO CIÊNCIA QUE ESTOU CONTRATANDO UM CARTÃO CONSIGNADO DE BENEFÍCIO NAS CONDIÇÕES ACIMA.

Local e Data: Maracanaú, 8 de Agosto de 2023.

Assinatura do(a) Cliente: _____

DOCUMENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE

PROTOCOLO DE ASSINATURA

O documento foi assinado eletronicamente pelo cliente abaixo identificado.

Para verificar autenticidade deste documento clique no link <https://portaldecredito.daycoval.com.br/assinatura/ecc57103-c25a-4ace-9a7f-e9b25683fd14> ou vá até o site <https://portaldecredito.daycoval.com.br/assinatura> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação : **ecc57103-c25a-4ace-9a7f-e9b25683fd14**



Hash do Documento

3b03dedecc316da38a7288c466e58a76d6f8327245f267f313fa19d85865666f

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 08/08/2023 18:42:25 UTC-03:00 é(são):

Dados de Identificação:

FRANCISCO VALDIR SILVA DAS CHAGAS (Signatário), CPF: 38825953372, e-mail NADA.NADA@GMAIL.COM, celular (85) 991881071

Evidências:

Data Hora: 08/08/2023 18:42:25 UTC-03:00

Geolocation: Lat:-3,8619838, Long:-38,5765122

Biometria Facial: Facial com vida

Dados do Aparelho:

IP: 168.197.0.221:35692

Sistema Operacional/ Navegador: Mozilla/5.0 (Linux; Android 8.1.0; SAMSUNG SM-G610M) AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) SamsungBrowser/22.0 Chrome/111.0.5563.116 Mobile Safari/537.36

ACEITES (CONSENTIMENTOS) - Data e hora

Aceite do Termo e condições: 08/08/2023 15:29:40 UTC-03:00

Aceite do envio de E-mail, SMS e WhatsApp: 08/08/2023 15:29:40 UTC-03:00

Cadastro da Biometria Facial (Selfie): 08/08/2023 18:42:14 UTC-03:00

Aceite do Endereço: 08/08/2023 18:38:09 UTC-03:00

Aceite do CET, Contrato e Assinatura Biometria Facial (Selfie): 08/08/2023 18:42:23 UTC-03:00

Aceite da confirmação do(a) vendedor(a) THAIS BAPTISTA MOREIRA : 08/08/2023 18:42:23 UTC-03:00

Ciente do aviso de prevenção contra golpes: 08/08/2023 18:40:14 UTC-03:00

Aceite da Lei 14.431 (Art. 7º): 08/08/2023 18:42:25 UTC-03:00

Hash Evidências

0e18f43d15a2493b32fe7080d16cde007e87cba380f882d8047d974cbabd74aa



TERMO DE ADESÃO SEGURO DAYCOVAL PRESTAMISTA

DADOS DA SEGURADORA

Razão Social GENERALI BRASIL SEGUROS S/A		CNPJ 33.072.307/0001-57		Código SUSEP 0590-8
CEP 24220-460	Endereço Av. Barão de Tefé	Número 34	Complemento 16º andar	Nome do Produto Seguro Prestamista
Grupo e Ramo 0977 – Pessoas Coletivo Prestamista Capital Fixo		Processo SUSEP 15414.001898/97-18		

DADOS DA CORRETORA

Razão Social CRIAR CORRETORA DE SEGUROS	CNPJ 06.244.409/0001.30	Código SUSEP 202017322
--	----------------------------	---------------------------

DADOS DA CO-CORRETORA

Razão Social JP2PAR CORRETORA DE SEGUROS	CNPJ 34.351.921/0001-10	Código SUSEP 202105938
---	----------------------------	---------------------------

DADOS DO ESTIPULANTE

Razão Social BANCO DAYCOVAL S.A				CNPJ 62.232.889/0001-90	
CEP 01311-200	Endereço Av. Paulista	Número 1793	Complemento	Cidade São Paulo	UF SP
Nº da Apólice Coletiva/Subgrupo 7177000090		Nº da Proposta 1061859		Telefone (11) 3138-0497	

DADOS DO PROPONENTE

Nome do Segurado FRANCISCO VALDIR SILVA DAS CHAGAS	Data de Nascimento 16/11/1965	CPF 388.259.533-72	Órgão Emissor SSP	Nacionalidade Brasileiro
CEP 61933020	Endereço Rua RUA ANTONIO GERMANO	Número 3983	Complemento	Telefone 85-991881071

DADOS DO SEGURO – COBERTURA

Coberturas	Franquia	Carência	Capital Segurado	Prêmio Único por Cobertura
Morte Qualquer Causa	Não há	90 dias	R\$ 1.940,00	R\$ 93,15
Invalidez Permanente Total por Acidente	Não há	Não há		R\$ 3,28

BENEFÍCIOS

Benefício	Descrição
Capitalização Sorteio Mensal	Série aberta, valor de R\$ 3.000,00 líquido de IR
Assistência Medicamento Genérico	Valor e utilização ilimitados
Monitoramento Digital	Contratado

VIGÊNCIA DO SEGURO

Início às 24h do dia 08/08/2023

Fim às 24h do dia 08/08/2024

PRÊMIO DE SEGURO

Prêmio Líquido R\$ 96,44	IOF R\$ 0,37	Prêmio Bruto R\$ 96,81	
Forma de Pagamento Cartão de Crédito Consignado Daycoval		Periodicidade Único	Forma de Contratação Contributário

BENEFICIÁRIOS

O primeiro beneficiário do seguro prestamista é o credor, a quem deverá ser paga a indenização, no valor a que tem direito em decorrência da obrigação a que o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do evento coberto, limitado ao capital segurado contratado. A diferença entre a parcela da indenização devida ao credor e o capital segurado apurado na data do evento coberto, se houver, deverá ser paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme dispuserem as condições gerais. Na falta de indicação expressa de segundo beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

Nome	CPF	Parentesco	Participação (%)

CAPITALIZAÇÃO

O segurado concorrerá a 1 (um) sorteio mensal pela Loteria Federal, realizado no último sábado de cada mês partir do 1º (primeiro) mês subsequente ao do pagamento do seguro, no valor líquido de R\$ 3.000,00 (três mil reais), garantido pela ICATU CAPITALIZAÇÃO S/A, CNPJ 74.267.170/0001-73. O não pagamento do prêmio excluirá automaticamente o direito do segurado de participar do sorteio. O regulamento da promoção está disponível no endereço: <https://www.generali.com.br/home/nossa-protecao/parcerias/banco-daycoval> Processo SUSEP nº 15414.900706/2019-05

Central Atendimento ICATU: SAC 0800 286 0109 | Ouvidoria 0800 286 0047

ASSISTÊNCIA MEDICAMENTO GENÉRICO

Serviço prestado pela **BSF SAÚDE - CNPJ 202.595.406/0001-71**. Tem por objetivo a aquisição gratuita de medicamentos genéricos, regulados pela ANVISA e constantes na ABCFARMA - Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico, comercializados em redes de farmácias e drogarias, pelo segurado oriundo de atendimento emergencial (pronto socorro) ou internação. O segurado deverá entrar em contato com a Central de Atendimento da BSF SAÚDE (0800 038 6300) para apresentação e análise prévia do prontuário médico de atendimento emergencial ou internação do segurado. A assistência estará condicionada a autorização via Central de Atendimento após análise da documentação, validando a cobertura do evento, o segurado receberá as instruções necessárias para retirada dos medicamentos nos estabelecimentos credenciados ou ainda sistema de reembolso em casos de aquisições em Farmácias não Credenciadas.

Para informações sobre Remédio Genérico Grátis, ligue 0800 038 6300

MONITORAMENTO DIGITAL

É um serviço prestado por **Brbiz Tecnologia da Informação e Sistemas Ltda.**, registrada no **CNPJ nº 10.433.047/0001-00**, com objetivo de oferecer constante monitoramento e rastreamento, em auxílio à segurança e/ou proteção de dados pessoais e/ou financeiros na “web tradicional” e em bases de vazamento de dados, por intermédio da disponibilidade de “acesso à ferramenta você protegido” e de “alertas de monitoramento” devidamente qualificados por criticidade, facilitando o entendimento e tipo de exposição das informações

Em caso de dúvidas o segurado poderá entrar em contato com a Central de Atendimento através do número (11) 4200 3100, para que possa receber as instruções necessárias.

Os serviços somente serão prestados após ativação pelo Proponente através do passo a passo disposto no link <https://voceprotegido.com/generali>

DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

O PROPONENTE declara estar ciente de que a 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.

O PROPONENTE declara que ao contratar o presente seguro, tomou conhecimento na íntegra das condições contratuais do seguro ora contratado, incluindo as Condições Gerais e Especiais dos Processos SUSEP nº 15414.001898/97-18, contendo todas as cláusulas do seguro ora contratado, que foram integralmente lidas, entendidas e aceitas pelo mesmo.

O PROPONENTE declara estar ciente de que qualquer pagamento de capital segurado por sinistro somente será liquidado após o pagamento do prêmio devido, a caracterização do evento coberto e o seu amparo pelo presente seguro e que, de acordo com o artigo 766 da Lei nº 10.406/02 (Código Civil Brasileiro), caso tenha feito declarações inexatas ou omitido circunstâncias que possam influir na aceitação e/ou taxação do risco pela Seguradora, perderá o direito a qualquer indenização, sem restituição do prêmio total pago.

O PROPONENTE declara que as informações prestadas pelo mesmo no presente documento são verdadeiras e completas, assumindo total responsabilidade pela sua exatidão, inclusive que está em plena e perfeita condição funcional de saúde, não sendo portador de qualquer doença ou distúrbio que possa agravar o seu risco securitário.

Ainda declara-se ciente de que o não pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento do seguro, observadas as disposições das Condições Contratuais.

DEMAIS INFORMAÇÕES

Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

A vigência da cobertura individual terá início às 24 (vinte e quatro) horas da data de assinatura da Proposta de Adesão, mediante a análise do risco A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

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.

Declaro, como intermediário nessa contratação, que na forma da legislação vigente, foi dado cumprimento integral às disposições contidas na Resolução CNSP 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização ao proponente das informações previstas no art. 4º, §1º da Referida Resolução, bem como ficará disponível no site www.daycovalseguroprestamista.com.br a resolução na íntegra.

Sobre o prêmio líquido cobrado no seguro, está previsto o pagamento de corretagem no valor de dezesseis por cento que será pago a Corretora, e o valor de vinte e quatro por cento que será pago a Co-Corretora, valor este que será repassado pela Seguradora.

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 registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

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. 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 da Generali: <https://www.generalibrasil.com.br/home/nossa-protecao/parcerias/banco-daycoval/>
Serviço de Atendimento ao Público SUSEP: 0800 021 8484.

O Segurado poderá desistir do Seguro no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da emissão do Certificado e exercerá seu direito de arrendimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, ou por meio do Serviço de Atendimento ao Consumidor.

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.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.

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 atendimento 0800 300 1831 de segunda a sábado das 8h às 20h, Central de Cancelamento 0800 603 6633, 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 9h às 18h.

Maracanaú, 8 de Agosto de 2023.

Assinatura do Proponente _____

Nome:

CPF:



Presidente Generali Brasil Seguros

Andrea Crisanaz

PROTOCOLO DE ASSINATURA

O documento foi assinado eletronicamente pelo cliente abaixo identificado.

Para verificar autenticidade deste documento clique no link <https://portaldecredito.daycoval.com.br/assinatura/9d975500-7d39-43e6-8b50-eb0b18d18280> ou vá até o site <https://portaldecredito.daycoval.com.br/assinatura> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação : **9d975500-7d39-43e6-8b50-eb0b18d18280**



Hash do Documento

115341a69941be313f1bb8bd74ffd6ad1f41c8cd01c035fd474ca2ca0f47c5c9

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 08/08/2023 18:42:28 UTC-03:00 é(são):

Dados de Identificação:

FRANCISCO VALDIR SILVA DAS CHAGAS (Signatário), CPF: 38825953372, e-mail NADA.NADA@GMAIL.COM, celular (85) 991881071

Evidências:

Data Hora: 08/08/2023 18:42:28 UTC-03:00

Geolocation: Lat:-3,8619838, Long:-38,5765122

Biometria Facial: Facial com vida

Dados do Aparelho:

IP: 168.197.0.221:35692

Sistema Operacional/ Navegador: Mozilla/5.0 (Linux; Android 8.1.0; SAMSUNG SM-G610M) AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) SamsungBrowser/22.0 Chrome/111.0.5563.116 Mobile Safari/537.36

ACEITES (CONSENTIMENTOS) - Data e hora

Aceite do Termo e condições: 08/08/2023 15:29:40 UTC-03:00

Aceite do envio de E-mail, SMS e WhatsApp: 08/08/2023 15:29:40 UTC-03:00

Cadastro da Biometria Facial (Selfie): 08/08/2023 18:42:14 UTC-03:00

Aceite do Endereço: 08/08/2023 18:38:09 UTC-03:00

Aceite do CET, Contrato e Assinatura Biometria Facial (Selfie): 08/08/2023 18:42:27 UTC-03:00

Aceite da confirmação do(a) vendedor(a) THAIS BAPTISTA MOREIRA : 08/08/2023 18:42:27 UTC-03:00

Ciente do aviso de prevenção contra golpes: 08/08/2023 18:40:14 UTC-03:00

Aceite da Lei 14.431 (Art. 7º): 08/08/2023 18:42:28 UTC-03:00

Hash Evidências

ae161188c04d73ebd0178720614ddd14bce1e866a6d475c92cb8c2d39091d980



Banco Daycoval

Comprovante de TED

Evento: PAG0143 Código da Mensagem: PAG20230815031517514 Status: Efetivada

Valor: 1350.00 Data do Movimento: 14/08/2023

ISPB IF Remetente:	62232889 - BANCO DAYCOVAL S.A.
Tipo de Pessoa Remetente:	PJ - Pessoa Jurídica
CNPJ / CPF do Remetente:	62.232.889/0001-90
Nome do Remetente:	Banco Daycoval
Nome do Favorecido:	FRANCISCO VALDIR SILVA DAS CHAGAS
CPF do Favorecido:	38825953372
Banco Creditado:	CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Agência Creditada:	03604
Conta Creditada:	29692 - 9
Tipo Pessoa Creditada:	PF - PESSOA FISICA
Data do Status:	14/08/2023
Histórico:	Pré-Saque

TED passível de confirmação do Banco Creditado.

Central de Atendimento: [3004 5300 Capitais e Regiões Metropolitanas e
800 721 5300 Demais Localidades]
Atendimento para Deficientes Auditivos/Falas: [0800 880 1919]
Ouvidoria: [0800 777 0900] SAC [0800 880 4006]





Central de Atendimento: 3004 5300 (Capitais e Regiões Metropolitanas) / 0800 721 5300 (Demais Localidades)

Valor Total Devedor
R\$ 170,49

Pagamento Mínimo
Previsto para Desc. em Folha
R\$ 75,90

Atenção: verifique se houve o desconto na sua folha de pagamento, caso contrário utilize o boleto abaixo para pagamento

Saldo Devedor
Após Pagamento Mínimo
R\$ 94,59

Vencimento
08/10/2025

LIMITES		Lançamentos do Período		Valor US\$	Valor R\$
Compras	R\$	242,00	Data		
Saque/Compra	R\$	169,00	Descrição		
RESUMO			29/09/2025	ENCARGOS DE FINANCIAMENTO	0,10
Saldo da Fatura Anterior	R\$	169,31	29/09/2025	ENCARGOS DE FINANCIAMENTO	1,08
(-) Pagamentos/Créditos	R\$	48,55	08/09/2025	PAGAMENTO DESCONTO EM FOLHA	-48,55
(+) Despesas/Débitos	R\$	49,73	08/10/2023	FIN PARC AUTOMPARC24/83	4,40
(=) Saldo Total Devedor	R\$	170,49	15/08/2023	PRE SAQUE PARC26/84	44,15
OPERAÇÕES CONTRATADAS					
Rotativo	R\$	120,76			
Saque/Compra	R\$	0,00			
Parcelamento emissor	R\$	2.868,39			
Valor Financiado	R\$	94,59			
Valor Solicitado	R\$	94,59			
Saldo utilizado de saque	R\$	89,38			
Os valores representam a simulação do cálculo do Custo Efetivo Total (CET) e cada componente referente as opções de financiamento do saldo da fatura ou compras.					
ENCARGOS					
Rotativo	R\$	1,18			
Saque/Compra	R\$	0,00			
Parcelamento emissor	R\$	0,00			
Total de Encargos	R\$	1,18			
TAXAS DE JUROS					
	Período (%)	Máx. Contrato (%)			
Rotativo	2,46	2,46			
Saque/Compra	2,46	2,46			
Parcelamento Emissor	2,46	2,46			
IOF					
Valor do Rotativo	R\$	0,58			
Percentual no CET do Rotativo (%)		0,00			
Valor do Parcelado Emissor	R\$	4,94			
Percentual no CET do Parcelado Emissor (%)		2,00			
CET (Custo Efetivo Total)					
	Ao Mês (%)	Ao Ano (%)			
Rotativo	3,12	44,51			
Saque/Compra	4,69	73,35			
Parcelamento emissor	0,00	0,00			
Encargos para o próximo período caso pague só o mínimo até o vencimento					
Compras Parceladas - Próximas Faturas	R\$	0,00			
Cotação do Dólar no corte da Fatura	R\$	5,6422			
Previsão fechamento próxima fatura		30/10/2025			
Saldo total das obrigações futuras	R\$	2.819,84			

Recibo do Pagador

Beneficiário: Banco Daycoval S/A	Nosso número
0001-9/000000000000-0	101/6016083948-5
Beneficiário: Banco Daycoval S/A - CNPJ: 62.232.889/0001-90	
Av. Paulista, 1.793 - Bela Vista - São Paulo - SP - CEP: 01311-200	

Corte aqui

BancoDaycoval | 707-2 | 70790.00118 01136.243068 01608.394852 3 0000000000000000

Local de pagamento					Vencimento
Pagável em qualquer Agência Bancária ou Locais Credenciados					08/10/2025
Beneficiário					Agência/Código do Beneficiário
Banco Daycoval S/A - Av. Paulista, 1.793 - CEP: 01311-200 - Bela Vista - São Paulo/SP - CNPJ: 62.232.889/0001-90					0001-9/000000000000-0
Data do Documento	Nº do Documento	Espécie do doc.	Aceite	Data processamento	Nosso Número
30/09/2025	0	RECIBO	N	30/09/2025	101/6016083948-5
Uso do Banco	CIP	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor
	000	101	R\$		
Instruções					(-) Valor do Documento
O "Pagamento Mínimo previsto para Desconto em Folha" é suficiente para deixar seu cartão em dia.					170,49
Se o desconto ocorreu regularmente, você pode escolher o valor que deseja pagar, basta preenchê-lo no "Valor Cobrado" ao lado.					(-) Pagamento Mínimo (Desc. Folha)
Os encargos decorrentes de pagamentos parciais ou após o vencimento serão incluídos na próxima fatura.					75,90
					(=) Saldo Devedor (após mínimo)
					94,59
					(-) Descontos / Deduções
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

Pagador FRANCISCO VALDIR SILVA DAS CHA
RUA ANTONIO GERMANO 003983 PAJUCARA
61933-020 MARACANAU CE

CPF:388.259.533-72

Sacador/Avalista



Autenticação Mecânica - Ficha de compensação

Nº CARTÃO/PROPOSTA: 2465046			
Código/Nome: 005806/NOVA PROMOTORA LTDA		CNPJ: 40.912.119/0001-55	Telefone:
Agente: THAIS BAPTISTA MOREIRA		CPF: 003.645.080-43	
CEP: 88010000	Endereço: RUA FELIPE SCHIMIDT, 51		Nº:
Complemento: ATICO	Bairro: CENTRO	Cidade: FLORIANOPOLIS	UF: SC

DADOS DO TÍTULAR

CPF: 388.259.533-72	Nome: FRANCISCO VALDIR SILVA DAS CHAGAS
----------------------------	--

DADOS BANCÁRIOS

Nome do Banco: 104 - CAIXA ECONOM FEDERAL	Nº do Banco: 104	Nº Agência: 3604	Nº da Conta(Corrente/Poupança): 000029692-9
---	----------------------------	----------------------------	---

Autorizo o **BANCO DAYCOVAL S/A**, em caráter irrevogável e irretratável a:

(X) Transferir o valor abaixo indicado, referente a parte do limite de crédito do meu **Cartão de Crédito Consignado Banco Daycoval**, para a Conta Bancária da minha titularidade acima indicada.

() Utilizar o valor abaixo indicado, de parte do limite de crédito do meu **Cartão de Crédito Consignado Banco Daycoval**, para pagamento(s) da(s) fatura(s) junto ao(s) banco(s) _____, totalizando o valor de R\$ _____ (_____).

Declaro: (a) ter recebido a Planilha Demonstrativa do Custo Efetivo Total (CET), previamente à assinatura desta autorização, com o valor estimado do saque; (b) que recebi e concordei com todas as informações e cálculos pertinentes ao CET, bem como dos fluxos considerados em seu cálculo, inclusive a taxa percentual incidente, conforme condições vigentes na presente data; e (c) que o valor do saque será pago juntamente com as demais despesas da fatura de meu **Cartão de Crédito Consignado Banco Daycoval** ou financiado após a amortização do pagamento mínimo de minha fatura por meio de desconto em folha de pagamento.

Valor do Saque¹ R\$ 1.358,00 (UM MIL E TREZENTOS E CINQUENTA E OITO REAIS).

Taxa de Juros: 2,89% a.m. Taxa de Juros: 40,76% a.a. IOF Diário: 0,0082% a.d. IOF Adicional: 0,38%

Tarifa: R\$ 0,00 CET: 3,52% a.m. CET: 51,46% a.a.

Prazo: 38 (mensais) Vencimento Inicial: 10/11/2023 Vencimento Final: 10/12/2026

Total a pagar: Sem Financiamento: R\$ 1.363,27 Com Financiamento²: R\$ 2.442,68 Financiado Juros³: R\$ 987,48

¹ O Valor do saque está condicionado ao limite de crédito disponível, podendo ser inferior ao solicitado. ² O Valor total do financiamento refere-se à operação de crédito contratada nesta ato. ³ Total de juros previsto até o final do prazo.

Importante: O Saldo devedor do cartão pode ser pago, antecipadamente, pelo montante total ou parcial, por meio de boleto, que segue anexo a fatura mensal, em qualquer agência bancária, sendo direito do titular a redução proporcional dos juros e demais acréscimos. A amortização do pagamento mínimo da fatura ocorrerá por meio de desconto em folha de pagamento.

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Declaro, para os devidos fins de direito, estar ciente de que o pagamento da fatura do cartão de crédito deve ocorrer em valor integral, constituindo o pagamento por consignação apenas o valor mínimo da fatura. O não pagamento integral da fatura do cartão de crédito gera encargos rotativos na ordem de 2,89%, ao mês, incidentes sobre o valor não pago. Esse percentual é inferior ao cartão de crédito convencional. Declaro ainda ciência de que existem outras modalidades de crédito, a exemplo do empréstimo consignado, que possuem juros mensais em percentuais menores.

Local e Data: Maracanaú, 8 de Agosto de 2023.

Assinatura do(a) Cliente

DOCUMENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE

Central de Serviços: 0300 111 0500

Central de Atendimento para Deficiente Auditivo: 0800 775 2005

V.1D_19 – OUT/2019

SAC Daycoval: 0800 775 0500

Ouvidoria Banco Daycoval: 0800 777 0900



PROTOCOLO DE ASSINATURA

O documento foi assinado eletronicamente pelo cliente abaixo identificado.

Para verificar autenticidade deste documento clique no link <https://portaldecredito.daycoval.com.br/assinatura/2dfaa13e-493d-4694-beb3-fcdff65b3c5e> ou vá até o site <https://portaldecredito.daycoval.com.br/assinatura> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação : **2dfaa13e-493d-4694-beb3-fcdff65b3c5e**



Hash do Documento

d1735beb5ae01b6c27e032e338f00937c3698bbaa3fa72fae330c1f99cf6d190

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 08/08/2023 18:42:17 UTC-03:00 é(são):

Dados de Identificação:

FRANCISCO VALDIR SILVA DAS CHAGAS (Signatário), CPF: 38825953372, e-mail NADA.NADA@GMAIL.COM, celular (85) 991881071

Evidências:

Data Hora: 08/08/2023 18:42:17 UTC-03:00

Geolocation: Lat:-3,8619838, Long:-38,5765122

Biometria Facial: Facial com vida

Dados do Aparelho:

IP: 168.197.0.221:35692

Sistema Operacional/ Navegador: Mozilla/5.0 (Linux; Android 8.1.0; SAMSUNG SM-G610M) AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) SamsungBrowser/22.0 Chrome/111.0.5563.116 Mobile Safari/537.36

ACEITES (CONSENTIMENTOS) - Data e hora

Aceite do Termo e condições: 08/08/2023 15:29:40 UTC-03:00

Aceite do envio de E-mail, SMS e WhatsApp: 08/08/2023 15:29:40 UTC-03:00

Cadastro da Biometria Facial (Selfie): 08/08/2023 18:42:14 UTC-03:00

Aceite do Endereço: 08/08/2023 18:38:09 UTC-03:00

Aceite do CET, Contrato e Assinatura Biometria Facial (Selfie): 08/08/2023 18:42:16 UTC-03:00

Aceite da confirmação do(a) vendedor(a) THAIS BAPTISTA MOREIRA : 08/08/2023 18:42:16 UTC-03:00

Ciente do aviso de prevenção contra golpes: 08/08/2023 18:40:14 UTC-03:00

Aceite da Lei 14.431 (Art. 7º): 08/08/2023 18:42:17 UTC-03:00

Hash Evidências

e1de2846648f33ca90969032ab75797863f9c48aa483f330bb01fad77dc7b58a



TERMO DE ADESÃO SEGURO DAYCOVAL PRESTAMISTA

DADOS DA SEGURADORA

Razão Social GENERALI BRASIL SEGUROS S/A		CNPJ 33.072.307/0001-57		Código SUSEP 0590-8
CEP 24220-460	Endereço Av. Barão de Tefé	Número 34	Complemento 16º andar	Nome do Produto Seguro Prestamista
Grupo e Ramo 0977 – Pessoas Coletivo Prestamista Capital Fixo		Processo SUSEP 15414.001898/97-18		

DADOS DA CORRETORA

Razão Social CRIAR CORRETORA DE SEGUROS	CNPJ 06.244.409/0001.30	Código SUSEP 202017322
--	----------------------------	---------------------------

DADOS DA CO-CORRETORA

Razão Social JP2PAR CORRETORA DE SEGUROS	CNPJ 34.351.921/0001-10	Código SUSEP 202105938
---	----------------------------	---------------------------

DADOS DO ESTIPULANTE

Razão Social BANCO DAYCOVAL S.A				CNPJ 62.232.889/0001-90	
CEP 01311-200	Endereço Av. Paulista	Número 1793	Complemento	Cidade São Paulo	UF SP
Nº da Apólice Coletiva/Subgrupo 7177000090		Nº da Proposta 1061858		Telefone (11) 3138-0497	

DADOS DO PROPONENTE

Nome do Segurado FRANCISCO VALDIR SILVA DAS CHAGAS	Data de Nascimento 16/11/1965	CPF 388.259.533-72	Órgão Emissor SSP	Nacionalidade Brasileiro
CEP 61933020	Endereço Rua RUA ANTONIO GERMANO	Número 3983	Complemento	Telefone 85-991881071

DADOS DO SEGURO – COBERTURA

Coberturas	Franquia	Carência	Capital Segurado	Prêmio Único por Cobertura
Morte Qualquer Causa	Não há	90 dias	R\$ 1.940,00	R\$ 93,16
Invalidez Permanente Total por Acidente	Não há	Não há		R\$ 3,28

BENEFÍCIOS

Benefício	Descrição
Capitalização Sorteio Mensal	Série aberta, valor de R\$ 3.000,00 líquido de IR
Assistência Medicamento Genérico	Valor e utilização ilimitados
Monitoramento Digital	Contratado

VIGÊNCIA DO SEGURO

Início às 24h do dia 08/08/2023

Fim às 24h do dia 08/08/2024

PRÊMIO DE SEGURO

Prêmio Líquido R\$ 96,44	IOF R\$ 0,37	Prêmio Bruto R\$ 96,81	
Forma de Pagamento Cartão de Crédito Consignado Daycoval		Periodicidade Único	Forma de Contratação Contributário

BENEFICIÁRIOS

O primeiro beneficiário do seguro prestamista é o credor, a quem deverá ser paga a indenização, no valor a que tem direito em decorrência da obrigação a que o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do evento coberto, limitado ao capital segurado contratado. A diferença entre a parcela da indenização devida ao credor e o capital segurado apurado na data do evento coberto, se houver, deverá ser paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme dispuserem as condições gerais. Na falta de indicação expressa de segundo beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

Nome	CPF	Parentesco	Participação (%)

CAPITALIZAÇÃO

O segurado concorrerá a 1 (um) sorteio mensal pela Loteria Federal, realizado no último sábado de cada mês partir do 1º (primeiro) mês subsequente ao do pagamento do seguro, no valor líquido de R\$ 3.000,00 (três mil reais), garantido pela ICATU CAPITALIZAÇÃO S/A, CNPJ 74.267.170/0001-73. O não pagamento do prêmio excluirá automaticamente o direito do segurado de participar do sorteio. O regulamento da promoção está disponível no endereço: <https://www.general.com.br/home/nossa-protecao/parcerias/banco-daycoval> Processo SUSEP nº 15414.900706/2019-05

Central Atendimento ICATU: SAC 0800 286 0109 | Ouvidoria 0800 286 0047

ASSISTÊNCIA MEDICAMENTO GENÉRICO

Serviço prestado pela **BSF SAÚDE - CNPJ 202.595.406/0001-71**. Tem por objetivo a aquisição gratuita de medicamentos genéricos, regulados pela ANVISA e constantes na ABCFARMA - Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico, comercializados em redes de farmácias e drogarias, pelo segurado oriundo de atendimento emergencial (pronto socorro) ou internação. O segurado deverá entrar em contato com a Central de Atendimento da BSF SAÚDE (0800 038 6300) para apresentação e análise prévia do prontuário médico de atendimento emergencial ou internação do segurado. A assistência estará condicionada a autorização via Central de Atendimento após análise da documentação, validando a cobertura do evento, o segurado receberá as instruções necessárias para retirada dos medicamentos nos estabelecimentos credenciados ou ainda sistema de reembolso em casos de aquisições em Farmácias não Credenciadas.

Para informações sobre Remédio Genérico Grátis, ligue 0800 038 6300

MONITORAMENTO DIGITAL

É um serviço prestado por **Brbiz Tecnologia da Informação e Sistemas Ltda.**, registrada no **CNPJ nº 10.433.047/0001-00**, com objetivo de oferecer constante monitoramento e rastreamento, em auxílio à segurança e/ou proteção de dados pessoais e/ou financeiros na “web tradicional” e em bases de vazamento de dados, por intermédio da disponibilidade de “acesso à ferramenta você protegido” e de “alertas de monitoramento” devidamente qualificados por criticidade, facilitando o entendimento e tipo de exposição das informações

Em caso de dúvidas o segurado poderá entrar em contato com a Central de Atendimento através do número (11) 4200 3100, para que possa receber as instruções necessárias.

Os serviços somente serão prestados após ativação pelo Proponente através do passo a passo disposto no link <https://voceprotegido.com/generali>

DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

O PROPONENTE declara estar ciente de que a 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.

O PROPONENTE declara que ao contratar o presente seguro, tomou conhecimento na íntegra das condições contratuais do seguro ora contratado, incluindo as Condições Gerais e Especiais dos Processos SUSEP nº 15414.001898/97-18, contendo todas as cláusulas do seguro ora contratado, que foram integralmente lidas, entendidas e aceitas pelo mesmo.

O PROPONENTE declara estar ciente de que qualquer pagamento de capital segurado por sinistro somente será liquidado após o pagamento do prêmio devido, a caracterização do evento coberto e o seu amparo pelo presente seguro e que, de acordo com o artigo 766 da Lei nº 10.406/02 (Código Civil Brasileiro), caso tenha feito declarações inexatas ou omitido circunstâncias que possam influir na aceitação e/ou taxação do risco pela Seguradora, perderá o direito a qualquer indenização, sem restituição do prêmio total pago.

O PROPONENTE declara que as informações prestadas pelo mesmo no presente documento são verdadeiras e completas, assumindo total responsabilidade pela sua exatidão, inclusive que está em plena e perfeita condição funcional de saúde, não sendo portador de qualquer doença ou distúrbio que possa agravar o seu risco securitário.

Ainda declara-se ciente de que o não pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento do seguro, observadas as disposições das Condições Contratuais.

DEMAIS INFORMAÇÕES

Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

A vigência da cobertura individual terá início às 24 (vinte e quatro) horas da data de assinatura da Proposta de Adesão, mediante a análise do risco A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

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.

Declaro, como intermediário nessa contratação, que na forma da legislação vigente, foi dado cumprimento integral às disposições contidas na Resolução CNSP 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização ao proponente das informações previstas no art. 4º, §1º da Referida Resolução, bem como ficará disponível no site www.daycovalseguroprestamista.com.br a resolução na íntegra.

Sobre o prêmio líquido cobrado no seguro, está previsto o pagamento de corretagem no valor de dezesseis por cento que será pago a Corretora, e o valor de vinte e quatro por cento que será pago a Co-Corretora, valor este que será repassado pela Seguradora.

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 registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

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. 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 da Generali: <https://www.generalicom.br/home/nossa-protecao/parcerias/banco-daycoval/>
Serviço de Atendimento ao Público SUSEP: 0800 021 8484.

O Segurado poderá desistir do Seguro no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da emissão do Certificado e exercerá seu direito de arrendimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, ou por meio do Serviço de Atendimento ao Consumidor.

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

Comunicamos que à Generali Brasil Seguros S.A possui canais específicos para que sejam relatadas quaisquer reclamações ou dúvidas relacionadas ao seu seguro, Centrais de atendimento 0800 300 1831 de segunda a sábado das 8h às 20h, Central de Cancelamento 0800 603 6633, 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 9h às 18h.

Maracanaú, 8 de Agosto de 2023.

Assinatura do Proponente _____

Nome:

CPF:



Presidente Generali Brasil Seguros

Andrea Crisanaz

PROTOCOLO DE ASSINATURA

O documento foi assinado eletronicamente pelo cliente abaixo identificado.

Para verificar autenticidade deste documento clique no link <https://portaldecredito.daycoval.com.br/assinatura/b120c282-0c43-48b1-b802-d4aa9691a1c6> ou vá até o site <https://portaldecredito.daycoval.com.br/assinatura> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação : **b120c282-0c43-48b1-b802-d4aa9691a1c6**



Hash do Documento

f4335984cdf97c2a917673cdc354e6638279ffcadd7d181645163b89572a5b3d

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 08/08/2023 18:42:20 UTC-03:00 é(são):

Dados de Identificação:

FRANCISCO VALDIR SILVA DAS CHAGAS (Signatário), CPF: 38825953372, e-mail NADA.NADA@GMAIL.COM, celular (85) 991881071

Evidências:

Data Hora: 08/08/2023 18:42:20 UTC-03:00

Geolocation: Lat:-3,8619838, Long:-38,5765122

Biometria Facial: Facial com vida

Dados do Aparelho:

IP: 168.197.0.221:35692

Sistema Operacional/ Navegador: Mozilla/5.0 (Linux; Android 8.1.0; SAMSUNG SM-G610M) AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) SamsungBrowser/22.0 Chrome/111.0.5563.116 Mobile Safari/537.36

ACEITES (CONSENTIMENTOS) - Data e hora

Aceite do Termo e condições: 08/08/2023 15:29:40 UTC-03:00

Aceite do envio de E-mail, SMS e WhatsApp: 08/08/2023 15:29:40 UTC-03:00

Cadastro da Biometria Facial (Selfie): 08/08/2023 18:42:14 UTC-03:00

Aceite do Endereço: 08/08/2023 18:38:09 UTC-03:00

Aceite do CET, Contrato e Assinatura Biometria Facial (Selfie): 08/08/2023 18:42:19 UTC-03:00

Aceite da confirmação do(a) vendedor(a) THAIS BAPTISTA MOREIRA : 08/08/2023 18:42:19 UTC-03:00

Ciente do aviso de prevenção contra golpes: 08/08/2023 18:40:14 UTC-03:00

Aceite da Lei 14.431 (Art. 7º): 08/08/2023 18:42:20 UTC-03:00

Hash Evidências

f8865ca78e99eea087b5ac86a55d7875c8f1e3bd2c83d89389e330e9338360ff



Comprovante de TEDEvento:
PAG0143Código da Mensagem:
PAG20230810031488388Status:
Efetivada

Valor: 1358,000

Data do Movimento: 10/08/2023

ISPB IF Remetente:	62232889 - BANCO DAYCOVAL S.A.
Tipo de Pessoa Remetente:	PJ - Pessoa Jurídica
CNPJ / CPF do Remetente:	62.232.889/0001-90
Nome do Remetente:	Banco Daycoval
Nome do Favorecido:	FRANCISCO VALDIR SILVA DAS CHA
CPF do Favorecido:	388.259.533-72
Banco Creditado:	CEF - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Agência Creditada:	03604
Conta Creditada:	29692 - 9
Tipo de Pessoa Creditada:	PF - Pessoa Física
Data do Status:	10/08/2023
Histórico:	Lib. Telesaque Cartão Consignado



Olá. Temos uma novidade!

Agora, o seu atendimento será muito mais ágil.

Com o objetivo de facilitar na atendimento aos consumidores que procuram om **canal telefónico gratuito exclusivo**.



Nosso time está pronto para ajudar!

 Ligue para
0800 129 9713

 Horário;
das **09h às 16h**
(de segunda á sexta-feira)

Estamos aqui para auxillar na comunicação e agilizar soluções, sempre com um atendimento eficiente é acessível. Fique á vontade para nos acionar sempre que precisar.

Pedimos gentilmente que divulgue nosso telefone con toda a sua equipe de atendimento.

Se tiver dúvidas, é só falar com a gente.

Ouvidoria do Banco Daycoval