



PESSOA JURÍDICA										
Razão Social								Fundação		
Nome Fantasia										
Único ( ) Matriz( )	Filial ( )	Sede:	Filiais?	Não ( )	Sim ( )	Quantas?				
Grupo Empresarial				Ramo de atividade						
SÓCIO QUE ASSINA							CPF			
Estado Civil				Data Nascimento						
Celular			E-mail	MSN/Skype						
Sócio (2)				DN:			CPF			
Sócio (3)				DN:			CPF			
Sócio (4)				DN:			CPF			
Sócio (5)				DN:			CPF			
Responsável pelo SISTEMA do cartão:							Cargo			
e-mail							ramal:			
RG/	CPF									
ENDEREÇO DE COBRANÇA										
Endereço					Compl.			Bairro		
CEP			Cidade					Estado		
E-mail										
Fone: 1				Fone: 2			Fax:			
INFORMAÇÕES TRIBUTÁRIAS, FINANCEIRAS E COMERCIAIS										
Capital Social					Faturamento Mês Anterior					
Média Fat. Últimos 12 meses										
DADOS PARA FORNECIMENTO DO CARTÃO ALIMENTAÇÃO										
<b>Quantidade funcionarios:</b>	Cartões contratados: ( ) Alimentação ( ) Refeição									
Valor a ser creditado: Alimentação R\$ _____ ; Refeição R\$ _____ ( ) Cartão PAT ou ( ) Benef. incorporado										
Valor do limite a ser creditado por funcionario:										
Pré pagamento, será pago para a Seicon _____ de cada mês; Os cartões estarão c/credito dia _____ de cada mês										
DADOS PARA CARTÃO CONVENIO										
Deseja Cartão corporativo ? ( )	Deseja Cartão para sócios? ( ) s ( ) n			Qtda	Quantidade de funcionarios? _____					
não ( ) sim, Limite: _____	sócios: _____ Limite: R\$ _____					Limite _____				
( ) Cartão Convenio para compras: Para ( ) uso geral ( ) outros segmentos										
Quais segmentos:										
LIMITE EXTRA PARA FARMACIA? ( ) SIM ( ) NÃO Valor: _____										
Dia do FECHAMENTO DA FOLHA _____ Data de pagamento para Seicon? _____										
Observação: Se fechar no dia 20, o pagamento será até o dia 10 do mês subseqüente										
Se fechar depois do dia 20, o pagamento será até o dia 15 do mês subseqüente										
Forma de pagamento? Deposito em conta corrente ( ) ou Boleto bancario com tx de R\$ 2,00 ( )										
Para uso da Seicon:	Analise de credito:	Aprovado: ( ) sim ( ) não		Sim, quais limites:						
Não: Justificativa:										
Nome do analista, carimbo e Assinatura da Seicon:										
ACEITA CARTÃO COMO FORNECEDOR										
Taxa de administração: _____ + 0,5% Fundo de reserva: Total _____										
Observações sobre a negociação:										
O pagamento será por deposito em conta corrente informada no contrato, acima de R\$ 500,00 (quinhentos reais) será cobrado o valor da TED de R\$ 4,00 (quatro reais)										
CLASSIFICAÇÃO DO COMERCIO _____										
Assinatura do declarante da empresa					Assinatura do consultor Acirp/Seicon:					
CPF:					CPF:					
Nome:					Nome:					