

Caro(a) Usuário(a)



Você acaba de adquirir o seu cartão de compras SIN CARD, com vários benefícios agregados, tais como:

✓ Crédito pré-aprovado nas redes de lojas credenciadas.

- Seguro de Acidentes Pessoais*;
- Assistência em Viagens Internacional e Nacional*;
- Assistência Pós-Vida Nacional*;

Para sua segurança é necessária a apresentação do cartão e um documento de identificação no ato das compras.

Seu limite de saldo ficará bloqueado em casos de afastamento pelo INSS e em casos de saldo devedor (estorno), sendo desbloqueado imediatamente após o pagamento do saldo devedor.

O período de compras no seu cartão é do dia 20 até o dia 19 do mês seguinte.

Você poderá consultar seu saldo pelo telefone 0300 789 8272. O Sistema informará como proceder à consulta de saldo e até o bloqueio do cartão no caso de extravio ou roubo.

Você conta ainda com o site www.sincard.com.br para tirar extratos. Para tanto você deverá cadastrar sua senha de acesso no próprio site que lhe permitirá fazer um acompanhamento de suas compras, e para agilizar o cadastramento, tenha em mãos o n.º do cartão e a senha inicial.

Todas as suas compras realizadas com o cartão SIN CARD, serão debitadas diretamente na sua folha de pagamento, conforme expressa autorização.

Em caso de perda ou extravio do cartão SIN CARD favor ligar para (067) 3326-8383 ou através do 0300 789 8272, utilizando a opção 3 “bloqueio de cartão”.

Caso seja solicitado uma 2ª. Via, ou mais, será cobrada uma taxa pela confecção do cartão, cujo valor será de R\$ 10,00.

*BENEFÍCIO OPCIONAL, VÁLIDO SOMENTE COMA CONTRATAÇÃO.

O SIN CARD deseja a você e sua família muito sucesso !!!

DADOS DO FUNCIONÁRIO

Nome Funcionário:		Data Nasc.:	
Email:			
Endereço:			N.º.
Fone:	Cidade:	UF:	CPF:

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA

Autorizo a Empresa da qual sou funcionário a descontar do meu salário o valor mensal dos meus gastos e dos benefícios contratados através do cartão SIN CARD; Proponho meu ingresso ao sistema SIN CARD; Concordo com os termos das cláusulas e condições estabelecidas no regulamento de emissão, utilização e administração de cartões SIN CARD; Sob minha responsabilidade autorizo a emissão do (s) cartão (ões) em meu nome e do (s) adicional (is) acima especificado. Estou ciente das cláusulas e condições gerais que regulamentam o uso do cartão SIN CARD que está registrada no 4º Cartório de Registro de Títulos e Documentos de Campo Grande, MS.

Anuência do empregador: este assume obrigação de proceder ao desconto autorizado e de repassá-lo a empresa do SIN CARD.

Por estar ciente das condições acima, firmo o presente para que produza os efeitos legais.

_____ - _____, _____ de _____ de _____.

Funcionário/Associado

Assinatura/Carimbo do Empregador

1ª via - SIN CARD

2ª via - EMPRESA

3ª via - FUNCIONÁRIO ASSOCIADO