

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO CONSORCIADO

ATENÇÃO: Menores de 18 anos não podem adquirir plano de consórcio. Quando o consorciado for pessoa Jurídica deverá conter a assinatura de todos os sócios nos documentos abaixo descritos e obrigatoriamente apresentar um fiador pessoa física (que poderá ser o titular da empresa). Não será aceito Fiança de: Pessoa menor de 21 anos; Cônjuge do consorciado; Pessoa Jurídica; Caso Fiador e Cônjuge do fiador tenham restrições financeiras.

- **TERMO DE CIÊNCIA DA CONTEMPLAÇÃO:** Preencher os campos em branco e assinar
- **TERMO DE OPÇÃO DE RETIRADA DO BEM:** Preencher os campos em branco e assinar. O preenchimento de mais de uma cor da moto fará com que seja faturada a primeira cor disponível na concessionária. O endereço informado é o que constará no Documento ao licenciar o veículo.
- **AUTORIZAÇÃO,** preencher com os dados do plano. Deve ser assinado pelo consorciado(a).
- **PROPOSTA DE ADESÃO DE SEGURO DE VIDA PRESTAMISTA,** deve ser preenchida e assinada quando a cota for sem seguro e o consorciado for aderir na contemplação. O limite de idade para adesão ao seguro é de 80 anos incompletos dentro do prazo restante de parcelas a pagar.
- **FICHA DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS,** deve ser preenchida todos os campos e assinada pelo consorciado(a).
- **PAGAMENTO DO LANCE OFERTADO** através de boleto bancário que pode ser impresso em nosso site www.sperta.com.br na opção “2a. Via de Boleto” apenas com a digitação do Grupo, Cota e Data de Nascimento. Não será aceito comprovante de agendamento de pagamento, independentemente da data de vencimento do boleto.
- **PAGAMENTO DE INSERÇÃO E BAIXA DE GRAVAME DE ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA no valor de R\$380,64** através de boleto bancário que pode ser impresso em nosso site www.sperta.com.br na opção “2a. Via de Boleto” apenas com a digitação do Grupo, Cota e Data de Nascimento, conforme determina a Portaria do Detran nº 1070/01 de 02/08/2001 alterada pela Portaria do Detran nº 93 de 30/01/2002. Não será aceito comprovante de agendamento de pagamento, independentemente da data de vencimento do boleto.

Pessoa Física:

- xerox do CPF e RG (inclusive do cônjuge se for casado).
- xerox **COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA** (Conta atual de água, luz, gás encanado, TV por assinatura ou Telefone Fixo).
- **COMPROVANTE DE RENDA** Holerite dos três últimos meses e de no mínimo 3 (três) vezes o valor da parcela do consórcio, Carteira de Trabalho atualizada (ver instruções logo abaixo). Será aceito a renda do cônjuge desde que apresentado cópia da Certidão de casamento.

ConSORCIADO(a) comprovará seus rendimentos através de:

EMPREGADO: holerite padronizado que conste o CNPJ e identificação da empresa empregadora referente os três últimos meses recebidos e Carteira Profissional atualizada (original para cópia na Sperta) ou declaração feita pelo contador da empresa conforme instrução abaixo. Quando não for possível a presença na loja da Sperta e seja necessário o envio dos documentos pelo correio, as cópias da carteira de trabalho, sendo a página inicial de identificação, dos Contratos de Trabalho (todos) e Alterações de Salário devem ser autenticadas.

EMPREGADOR: Declaração do Imposto de Renda ou declaração feita pelo contador nos padrões abaixo detalhados.

AUTONOMO EM GERAL PROFISSIONAIS LIBERAIS: DECORE (Declaração feita pelo Contador) ou Cópia da última declaração de Imposto de Renda com todos os anexos e protocolo de entrega (após análise pela administradora poderá ser solicitado ambos os documentos).

Pessoa Jurídica:

- ♦ Xerox do **Cartão do CNPJ** e do **Contrato Social**.
- ♦ Último **Balanco** ou **Balancete** da empresa. Poderá ser feito pelo contador através de declaração conforme detalhado acima.

ENTREGAR NA LOJA DA SPERTA MAIS PRÓXIMA ONDE SERÁ SOLICITADO A ASSINATURA NO RESTANTE DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS.

TODA DOCUMENTAÇÃO PASSARÁ POR ANÁLISE E APROVAÇÃO PARA A RETIRADA DO BEM.

Dúvidas poderão ser esclarecidas através de :

Telefone : (18) 3636-3636 - Whatsapp : (18) 98115-9311

E-MAIL : sperta@sperta.com.br Site www.sperta.com.br na opção “fale conosco”.

TERMO DE CIÊNCIA DE CONTEMPLAÇÃO

Grupo: _____ **Cota:** _____ **Nome:** _____

Bem do Plano : _____ **Tipo Contemplação** _____ :

Valor do Crédito R\$: _____.

Declaro estar ciente da contemplação da cota do consórcio, acima identificada, e me comprometo a providenciar a documentação para a habilitação da retirada do bem objeto do consórcio.

Declaro que me foi devida e pormenorizadamente explicado, que se minha vontade for de cancelar a contemplação, eu devo me manifestar "por escrito", no prazo máximo de 48h após o recebimento desta, para que a administradora possa buscar comunicar a cota reserva, não trazendo prejuízo as partes, e desde que quando no grupo ainda tenha cliente apto a ser contemplado, uma vez que caso esteja no fim, não será possível o cancelamento.

Declaro ainda, que tenho o prazo de 10 (dez) dias úteis para providenciar a documentação, conforme Paragrafo Único da *clausula 49º*, sob pena de cancelamento da contemplação e sujeito as normas previstas no REGULAMENTO DE PARTICIPAÇÃO EM GRUPO DE CONSÓRCIO, segundo as regras da Lei 11.795/2008, combinadas com as Circulares do Banco Central do Brasil nº 3432/2009, 3461/2009, 3618/2012, 3671/2014, 3785/2016 e Código de Defesa do Consumidor.

Declaro estar ciente que de acordo com a "*clausula 55.1, - O valor do crédito, enquanto não utilizado pelo CONTEMPLADO, deverá permanecer depositado em conta vinculada e será aplicado financeiramente na forma prevista na Circular BACEN nº 2.454 de 27/07/94*", sendo assim caso na época da utilização do mesmo (depois de atendidas as exigências de aprovação de crédito previstas no Contrato), nos termos da "*clausula 59 - Se o valor do bem a ser adquirido for superior ao valor do crédito, o CONTEMPLADO deverá pagar a diferença diretamente ao vendedor/fornecedor.*",

Declaro portanto, que estou ciente que a regra ratificada na assembleia de constituição do grupo, que a responsabilidade dos demais consorciados com relação ao preço do bem vai até a data da assembleia de contemplação e a partir deste dia passa a ser única e exclusivamente minha.

Declaro ainda que segue anexo o TERMO DE OPÇÃO DE RETIRADA DO BEM, onde poderei indicar qual a opção para aquisição do meu bem, para a administradora antecipar as providências necessárias.

Declaro estar ciente de minha contemplação e que entendi todas as orientações aqui recebidas:

Data _____ / _____ / _____ ,

assinatura

Nome: _____

CPF/CNPJ: _____ **Telefone:** () _____

E-mail: _____

TERMO DE OPÇÃO DE RETIRADA DO BEM

Grupo: _____ **Cota:** _____ **Bem do Plano :** _____

Data Contemplação: _____ / _____ / _____ .

Valor do Crédito : _____

() Opção pelo modelo do Plano:

Venho através deste termo, fazer minha opção do BEM DO MEU PLANO na seguinte cor :

1a. Opção de Cor : _____

2a. Opção de Cor : _____

3a. Opção de Cor : _____

Observação : A moto será faturada de acordo com a disponibilidade e estou sendo orientado quanto ao prazo de entrega. A revenda seguirá como prioridade de faturamento a ordem de opções realizadas e desde já autorizo o pagamento à concessionária para a garantia de preço atual.

() Opção por outro modelo ou por bem de ano / modelo diferente do vigente :

Irei fazer a opção pelo bem abaixo discriminado e desde já declaro que estou sendo informado quanto a prazos de entrega e que caso minha opção seja por modelo não disponível ou mesmo que exijo esperar mudança de ano/modelo, caso tenha aumento terei que acertar a diferença diretamente à revenda. O crédito ficará aplicado até o dia do pagamento e neste dia será apurada a diferença e forma de pagamento.

Bem a ser adquirido : _____

1a. Opção de Cor : _____

2a. Opção de Cor : _____

3a. Opção de Cor : _____

Ano / Modelo : _____ / _____ Valor negociado : _____

(somente deve ser preenchido se já houver o bem disponível na revenda ou apenas no dia que for efetivado o pedido).

*** Caso o Crédito seja pago com licenciamento, () autorizo () não autorizo - que seja utilizado como parte do pagamento à revenda e fico ciente que autorizando, pagarei a documentação diretamente ao despachante :**

(assinatura)

ENDEREÇO PARA FATURAMENTO

Rua : _____ No. _____

Bairro : _____ Cidade : _____ CEP : _____

PS: Estou ciente que a Sperta Administradora de Consórcio Nacional Ltda., apenas pode alienar o bem em cidades dentro do Estado de São Paulo, já que não mantém convênio com DETRAN de outros estados, informação esta que já era de meu conhecimento na adesão e motivo pelo qual não efetua vendas fora do Estado.

Data : _____ / _____ / _____ .

(assinatura)

NOME: _____

CPF /CNPJ.: _____

E-MAIL : _____



A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo a SPERTA CONSÓRCIO NACIONAL LTDA, a efetuar o pagamento do crédito a que tenho direito, diretamente ao fornecedor do bem por mim adquirido, o qual emitirá NOTA FISCAL sem Reserva de Domínio e com ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA em favor de **Sperta Adm. de Consórcio Nacional Ltda,** conforme dados abaixo descritos:

Valor do meu crédito : R\$ _____

Fornecedor do Bem : _____

Bem : _____ Marca : _____

Modelo : _____

Para maior clareza e devidos fins de direito, firmo a presente

DATA : ____ / ____ / ____ .

ASSINATURA

Nome do Consorciado : _____

Grupo : _____ Cota : _____ Contemplado em : ____ / ____ / ____ .

CAMPOS PREENCHIDOS PELO CORRETOR

Estipulante : 1493921

DADOS DA EMPRESA

Razão Social SPERTA ADMINISTRADORA DE CONSORCIO NACIONAL LTDA 54.708.839/0001-08

Grupo

Cota

DADOS CADASTRAIS: PROPONENTE PRINCIPAL

Nome Social:

Pessoa Física

Pessoa Jurldica

CPF / CNPJ:

Data de Nascimento: / /

Sexo Biológico M F

Estado Civil:

Doc. Identidade:

Órgão Emissor:

Data de Expedição : / /

Profissão:

Natural de:

Nacionalidade:

Escolaridade:

É pessoa politicamente exposta ou a ela relacionada (representante, familiar ou estreito colaborador) conforme Circular BCB nº 3.978/2020? Sim Não⁽¹⁾

Exerce ou exerceu nos últimos 5 anos, cargo, emprego ou função pública? Sim Nao

Possui relacionamento com agente público ? Sim Nao

Renda mensal comprovada: R\$, apresentar comprovantes ou discriminar a origem da mesma que deverá ser necessariamente comprovada na apresentação da documentação para aprovação no momento da contemplação).

RNE⁽²⁾/ Passaporte:

End. Residencial:

Bairro:

Cidade:

Estado:

Cep:

Celular:

End. Comercial:

Bairro:

Cidade:

Estado:

Cep:

Telefone:

Reside no Brasil: Sim Não

E-Mail:

(1) Pessoa Politicamente Exposta: Pessoas naturais que ocupem ou tenham ocupado, nos 5 (cinco) anos anteriores, empregos ou funções públicas relevantes, assim como funções relevantes em organizações internacionais, dirigentes de partidos políticos, dirigentes de escalões superiores de entidades de direito internacional público ou privado. Conforme circular SUSEP 612/20.

(2) Preenchimento obrigatório para estrangeiros com permanência no Brasil, que não possuam CPF.

Coberturas e Capitais	Capitais Segurados Iniciais R\$
Morte / Morte acidental* 100% - Mínimo R\$ 5.200,00 e Máximo R\$ 113.700,00	R\$
Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)* - Mín.R\$ 5.200,00 e Max. R\$ 113.700,00	R\$

Taxa do seguro: 0,09093%

Modalidade de Capital Segurado: **Capital Vinculado**

* Em caso de morte em consequência de acidente, os capitais segurados da cobertura de Morte e IEA - Indenização Especial por Acidente (Morte Acidental), desde que contratadas se acumulam.

Início de Vigência: / / . Se aceita essa proposta de adesão pela Porto Seguro, o seguro terá início de vigência a partir das 24 horas da data aqui escolhida e o fim de vigência vinculado ao prazo da obrigação indicada acima. Prazo da obrigação meses.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

1. A PORTO SEGURO (aqui compreendida por todas as empresas pertencentes ao seu grupo econômico), tem o compromisso de respeitar e garantir a privacidade e a proteção dos dados pessoais dos titulares e por isso, declara que o tratamento de dados pessoais se dá para o desempenho de suas atividades legais, observando a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema.
2. A coleta de dados pessoais pode ocorrer de diversas formas, como por exemplo: na cotação e/ou contratação de seus diversos produtos e serviços, utilizações do site e aplicativos, bem como nas interações com os diversos canais de comunicação, mas sempre respeitando os princípios finalidade, adequação, necessidade, transparência, livre acesso, segurança, prevenção e não discriminação e obrigações legais.
3. A PORTO SEGURO implementará as medidas técnicas e organizacionais apropriadas para proteger os dados pessoais, levando em conta técnicas avançadas disponíveis, o contexto e as finalidades do tratamento. As medidas de segurança atenderão as (i) exigências das leis de proteção de dados; e (ii) medidas de segurança correspondentes com as boas práticas de mercado.
4. Os dados pessoais serão, em regra, armazenados pelo tempo que perdurará a relação entre as partes. Entretanto, há situações em que esses dados deverão ser armazenados além do período de relacionamento e essas situações advêm de exigências legais e/ou regulatórias, ou quando for necessário para exercer direitos em processos judiciais ou administrativos.
5. A PORTO SEGURO possui uma Política de Privacidade, a qual encontra-se disponível no seguinte endereço www.portoseguro.com.br

IMPORTANTE

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.

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 segurado beneficiário indicado, conforme dispuserem as condições gerais.

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.

Observação: somente o segurado pode indicar ou substituir beneficiários, pessoas físicas ou jurídicas, encaminhando uma declaração à seguradora. **Caso não seja feita essa declaração ou se, por algum motivo, o beneficiário indicado não prevalecer, em caso de sinistro os valores serão pagos aos herdeiros legais, conforme Código Civil Brasileiro.** Uma pessoa jurídica que seja contratante e estipulante de uma apólice, e poderá ser beneficiária do seguro de uma pessoa física desde que declarado o legítimo interesse na preservação da vida do segurado, conforme o Código Civil Brasileiro, e desde que haja indicação formal do segurado.

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Declaro que:

(1) Não omiti informações no preenchimento dessa proposta, principalmente no que refere-se ao meu estado de saúde e atividade profissional.

(2) Estou ciente que perderei direito à indenização do presente seguro, caso haja omissões de informações que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, conforme previsto no artigo 766 do Código Civil Brasileiro.

(3) Tive prévio conhecimento das Condições Gerais, Especiais e Contratuais deste seguro, em poder do Estipulante, cujo conteúdo li, compreendi e estou de acordo.

(4) Autorizo a verificação de documentos médicos referentes a meu(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades médicas.

(5) Autorizo neste ato ao referido Estipulante incluir meu nome na apólice garantida pela Porto Seguro Cia de Seguros Gerais e a renová-la expressamente, quando necessário. Os poderes de mandato ora outorgados ao referido Estipulante, incluem o de cancelar o seguro aqui proposto e, em caso de desconto em folha de pagamento, a descontar mensalmente os valores para pagamento deste seguro. Fica ainda o Estipulante autorizado, a modificar os respectivos valores pagos em virtude de aumento de capital e nos casos em que houver reenquadramento por faixa etária.

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE SIMPLIFICADA

Preenchimento para capitais ATÉ R\$ 200.000,00 nos seguros com cobertura de Morte ou para seguros com cobertura exclusiva de Acidentes Pessoais até R\$ 2.000.000,00.

Caso haja mais de um proponente responsável pelo pagamento da obrigação, a proposta de adesão deverá ser preenchida e assinada por cada um destes.

Item	Declaro	Principal
1	Estar em perfeitas condições de saúde e em plena atividade de trabalho. Não ter sido submetido a tratamento médico em regime hospitalar ou intervenções cirúrgicas, incluído bi-ópsia ou punção, no último ano. Não ser portador de nenhuma doença crônica ou congênita, não possuir sequelas de traumas/acidentes prévios ou estar em investigação de sinais e sintomas. Não sofrer ou ter sofrido de algum tipo de câncer, neoplasia, nódulo ou tumor (maligno ou benigno) ou nunca ter sido submetido a tratamentos de radioterapia ou quimioterapia. Não praticar esportes aéreos ou subaquáticos nem participar de competições automobilística ou moto ciclística.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Caso haja situações que contrariem as declarações acima, especificar seguido da informação sobre sua atual situação		

INFORMAÇÕES GERENCIAIS

O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep; O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice. A aceitação deste seguro está sujeita a análise do risco.

A PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS terá o prazo de 15 dias corridos - a contar da data de protocolo da proposta – para aceitar ou recusar o seguro, ou para aceitar a modificação do risco. No caso de solicitação de documentos complementares para a análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, o prazo de 15 dias ficará suspenso, voltando a vigorar a partir da data da entrega da documentação. Em caso de recusa, os valores eventualmente pagos serão devolvidos no prazo de 10 (dez) dias a partir da data de formalização da recusa. A cobertura poderá ser encerrada imediatamente em caso de recusa da proposta. Em caso de ausência de manifestação por parte da seguradora fica caracterizada aceitação do seguro. A emissão da Apólice de Seguro será feita em até 15 (quinze) dias corridos, a partir da data de aceitação da Proposta de Contratação.

As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta. Em atendimento à Lei 12.741/12 informamos que incidem as alíquotas de 0,65% de PIS/PASEP e de 4% de COFINS, deduzidos do estabelecido em legislação específica.

É necessário o preenchimento dos campos “Local e Data” pelo proponente ou por seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, pelo corretor de seguros. Caso essas informações não sejam preenchidas, será considerado como “Local” a cidade de residência do Proponente e como “Data” a data de protocolo desta proposta na Seguradora.

IMPORTANTE: Em caso de Proponente não alfabetizado, além da assinatura a rogo, pede-se a assinatura de duas testemunhas. Para menores de 18 anos é necessário a assinatura do responsável legal e do próprio proponente.

Local e Data

Assinatura do Proponente



FICHA DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS

Consorciado
 Avalista

GRUPO: _____ COTA: _____ (PESSOA FÍSICA)

NOME: _____
ESTADO CIVIL: () solteiro () casado () outros DATA NASCIMENTO: ____/____/____
CPF: _____ RG: _____
ENDEREÇO: _____ Nº. _____
APTO.: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____ TELEFONE: _____
E-MAIL: _____
HÁ QUANTO TEMPO RESIDE NESTE ENDEREÇO? _____
CASA PRÓPRIA () FINANCIADA () ALUGADA () VR. ALUGUEL R\$ _____
POSSUI VEÍCULO/MOTO? _____
MODELO: _____ ANO: ____/____ POSSUI DÉBITO () SIM () NÃO
MODELO: _____ ANO: ____/____ POSSUI DÉBITO () SIM () NÃO

EMPRESA ONDE TRABALHA: _____
ENDEREÇO: _____ Nº _____ APTO.: _____ DDD: _____ FONE: _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____
CARGO: _____ TEMPO DE CASA: _____ SALÁRIO R\$: _____
OUTRAS RENDAS: _____ TOTAL OUTRAS RENDAS R\$: _____

C NOME: _____ PROFISSÃO: _____ DATA NASC.: _____
Ô NACIONALIDADE: _____ CÉDULA DE IDENTIDADE: _____ ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____
N CPF: _____ EMPRESA ONDE TRABALHA: _____
J ENDEREÇO COMERCIAL: _____ Nº _____
U CONJ.: _____ DDD: _____ FONE: _____ BAIRRO: _____
G CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____
E CARGO: _____ TEMPO DE CASA: _____ SALÁRIO EM R\$: _____

R E F E R Ê N C I A S	BANCÁRIAS	BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA Nº: _____
	COMERCIAIS (COMPRAS A CRÉDITO)	BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA Nº: _____
	PESSOAS (QUE NÃO RESIDA NO MESMO ENDEREÇO)	NOME: _____ FONE: _____ NOME: _____ FONE: _____ NOME: _____ FONE: _____

As informações aqui prestadas são confidenciais e exclusivas da SPERTA ADMINISTRADORA DE CONSÓRCIO NACIONAL LTDA. e do declarante. O declarante está ciente de que se prestar informações falsas incorrerá nas penas do artigo 171 do Código Penal.

LOCAL _____ de _____ de _____

APROVAÇÃO DA SPERTA ADMINISTRADORA DE CONSÓRCIO NACIONAL LTDA.

ASSINATURA DO DECLARANTE



FICHA DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS

(PESSOA JURÍDICA)

GRUPO: _____

COTA: _____

RAZÃO SOCIAL: _____
ENDEREÇO: _____ Nº _____ CONJ.: _____ DDD: _____ FONE: _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____
E-MAIL: _____
CNPJ: _____ INSCR. EST.: _____ REG. JUNTA COM.: _____
ATIVIDADE: _____ PRÉDIO PRÓPRIO: _____ VALOR ALUGUEL: _____
CAPITAL SUBSCRITO R\$: _____ FATURAMENTO MENSAL R\$: _____ INÍCIO DA ATIVIDADE: _____

I M Ó V E I S	LOCALIZAÇÃO	Nº REGISTRO	CARTÓRIO	ÔNUS	ÁREA	VALOR COMERCIAL

VEÍCULOS - MARCA	ANO	MODELO

NOME DOS DIRETORES OU SÓCIO	%	R\$	CARGO

R E F E R Ê N C I A S	BANCÁRIAS	BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA Nº: _____
		BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA Nº: _____
		BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA Nº: _____
	FORNECEDORES	NOME: _____ ENDEREÇO: _____ DDD: _____ FONE: _____
		NOME: _____ ENDEREÇO: _____ DDD: _____ FONE: _____
		NOME: _____ ENDEREÇO: _____ DDD: _____ FONE: _____

OBS. Os sócios Diretores com maior participação no capital, deverão preencher a Ficha de Informações Cadastrais (Pessoa Física). Anexar cópia do Contrato Social, alterações contratuais e cópia da procuração que está dando poderes para assinar quando não for sócio responsável

As informações aqui prestadas são confidenciais e exclusivas da SPERTA ADMINISTRADORA DE CONSÓRCIO NACIONAL LTDA. e do declarante. O declarante está ciente de que se prestar informações falsas incorrerá nas penas do artigo 171 do Código Penal.

LOCAL _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO DECLARANTE _____

OBS.:

APROVAÇÃO DA SPERTA ADMINISTRADORA DE CONSÓRCIO NACIONAL LTDA.



INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

FIADOR

ATENÇÃO, não será aceito Fiança de: Pessoa menor de 21 anos; Cônjuge do consorciado; Pessoa Jurídica; Caso Fiador e Cônjuge do fiador tenham restrições financeiras.

Documentação:

- **FICHA DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS DO FIADOR**, deve ser preenchida todos os campos e assinada pelo fiador(a).
- Xerox do **CPF e RG** (inclusive do cônjuge).
- xerox **COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA** (Conta atual de água, luz, gás encanado, TV por assinatura ou Telefone Fixo).
- **COMPROVANTE DE RENDA** Holerite dos três últimos meses e de no mínimo 3 (três) vezes o valor da parcela do consórcio, Carteira de Trabalho atualizada (ver instruções logo abaixo). Será aceito a renda do cônjuge desde que apresentado cópia da Certidão de casamento.

Fiador(a) comprovará seus rendimentos através de:

EMPREGADO: holerite padronizado que conste o CNPJ e identificação da empresa empregadora referente os três últimos meses recebidos e Carteira Profissional atualizada (original para cópia na Sperta) ou declaração feita pelo contador da empresa conforme instrução abaixo. Quando não for possível a presença na loja da Sperta e seja necessário o envio dos documentos pelo correio, as cópias da carteira de trabalho, sendo a página inicial de identificação, dos Contratos de Trabalho (todos) e Alterações de Salário devem ser autenticadas.

EMPREGADOR: Declaração do Imposto de Renda ou declaração feita pelo contador nos padrões abaixo detalhados.

AUTONOMO EM GERAL PROFISSIONAIS LIBERAIS: DECORE (Declaração feita pelo Contador) ou Cópia da última declaração de Imposto de Renda com todos os anexos e protocolo de entrega (após análise pela administradora poderá ser solicitado ambos os documentos).

ENTREGAR NA LOJA DA SPERTA MAIS PRÓXIMA ONDE SERÁ SOLICITADO A ASSINATURA NO RESTANTE DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS.

TODA DOCUMENTAÇÃO PASSARÁ POR ANÁLISE E APROVAÇÃO PARA A RETIRADA DO BEM.

Dúvidas poderão ser esclarecidas através de :

Telefone : (18) 3636-3636 - Whatsapp : (18) 98115-9311

E-MAIL : sperta@sperta.com.br Site www.sperta.com.br na opção “fale conosco”.



FICHA DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS

Consorciado
 Avalista

GRUPO: _____ COTA: _____ (PESSOA FÍSICA)

NOME: _____

ESTADO CIVIL: () solteiro () casado () outros DATA NASCIMENTO: ____/____/____

CPF: _____ RG: _____

ENDEREÇO: _____ Nº. _____

APTO.: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____ TELEFONE: _____

E-MAIL: _____

HÁ QUANTO TEMPO RESIDE NESTE ENDEREÇO? _____

CASA PRÓPRIA () FINANCIADA () ALUGADA () VR. ALUGUEL R\$ _____

POSSUI VEÍCULO/MOTO? _____

MODELO: _____ ANO: ____/____ POSSUI DÉBITO () SIM () NÃO

MODELO: _____ ANO: ____/____ POSSUI DÉBITO () SIM () NÃO

EMPRESA ONDE TRABALHA: _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____ APTO.: _____ DDD: _____ FONE: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____

CARGO: _____ TEMPO DE CASA: _____ SALÁRIO R\$: _____

OUTRAS RENDAS: _____ TOTAL OUTRAS RENDAS R\$: _____

C NOME: _____ PROFISSÃO: _____ DATA NASC.: _____

Ô NACIONALIDADE: _____ CÉDULA DE IDENTIDADE: _____ ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____

N CPF: _____ EMPRESA ONDE TRABALHA: _____

J ENDEREÇO COMERCIAL: _____ Nº _____

U CONJ.: _____ DDD: _____ FONE: _____ BAIRRO: _____

G CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____

E CARGO: _____ TEMPO DE CASA: _____ SALÁRIO EM R\$: _____

R BANCÁRIAS BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA Nº: _____

E BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA Nº: _____

R COMERCIAIS (COMPRAS A
Ê CRÉDITO) _____

C PESSOAS (QUE NÃO FONE: _____
I RESIDA FONE: _____
A NO MESMO FONE: _____
S ENDEREÇO) NOME: _____

As informações aqui prestadas são confidenciais e exclusivas da SPERTA ADMINISTRADORA DE CONSÓRCIO NACIONAL LTDA. e do declarante. O declarante está ciente de que se prestar informações falsas incorrerá nas penas do artigo 171 do Código Penal.

LOCAL _____ de _____ de _____

APROVAÇÃO DA SPERTA ADMINISTRADORA DE CONSÓRCIO NACIONAL LTDA.

ASSINATURA DO DECLARANTE