

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 : ____ / ____ / ____ .

PROPOSTA DE ADESÃO SEGURO DE VIDA PRESTAMISTA

Solicito minha inclusão na Apólice de Seguro Prestamista, tendo como estipulante a ADMINISTRADORA de meu Grupo de consórcio: SPERTA ADM. DE CONSÓRCIO NACIONAL LTDA – CNPJ. 54.708.839/0001-08, a quem autorizo representar-me perante a SOMPO SEGUROS para todos os fins necessários.

Declaro estar em plena atividade de trabalho exercendo a profissão descrita ao final deste termo e em perfeitas condições de Saúde, não ter nenhuma deficiência de órgãos, membros ou sentidos, não ter sofrido nos últimos 5 anos de nenhuma moléstia que tenha obrigado a consultar-me com médicos regularmente, hospitalizar-me e/ou submeter-me a intervenções cirúrgicas ou tratamentos continuados.

Autorizo desde já médicos/clínicas/hospitais que me trataram ou que venham a me tratar a prestar à SOMPO SEGUROS, informações completas sobre meu estado de saúde, consultas, tratamentos ou diagnósticos, podendo utilizá-las em qualquer tempo, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tais informações impliquem em ofensas ao sigilo profissional.

Declaro também não ter recebido nenhuma indenização de Seguradoras por acidentes ou doenças, nem ser tripulante ou amador, nem exercer qualquer atividade a bordo de qualquer aeronave.

- ATIVIDADE PROFISSIONAL : _____.

Em caso de ressalvas às declarações acima, declaro ainda que :

Nome: _____

CPF: _____

Grupo : _____ Cota : _____

Local e Data : _____ / _____ / _____ .

Assinatura



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.

_____ de _____ de _____
LOCAL

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 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