



SPERTA ADM. CONSÓRCIO NACIONAL LTDA

CNPJ: 54.708.839/0001-08 Insc. Estadual : Isenta

AV. EUCLIDES MIRAGAIA, 2023 JD. PÉROLA BIRIGUI - SP

Cep: 16200-270 Fone/Fax: 36363-636 Whatsapp (18) 98173-0701 e-mail: sperta@sperta.com.br

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 ou Cônjuge do fiador tenham restrições financeiras.

- ✗ **TERMO DE CIÊNCIA DE CONTEMPLAÇÃO:** Preencher e assinar.
- ✗ **TERMO DE OPÇÃO DE RETIRADA DO BEM:** Preencher 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 e assinar.
- ✗ **PROPOSTA DE ADESÃO DE SEGURO PRESTAMISTA:** Preencher e assinar.
- ✗ **FICHA DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS:** deve ser preenchida todos os campos, datada e assinada pelo consorciado(a).
- ✗ **FORMULÁRIO PARA COTAÇÃO DE SEGURO DO VEÍCULO:** deve ser preenchida todos os campos, datada e assinada pelo consorciado(a).
- ✗ **PAGAMENTO DO LANCE OFERTADO :** através de boleto fornecido pela administradora e que também poderá ser impresso em nosso site www.sperta.com.br na opção "2a. Via de Boleto" apenas digitando o Grupo, Cota e Data de Nascimento (somente nos casos de contemplação por lance) e também no App para Celular. 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\$ 414,02** através de boleto bancário fornecido pela administradora e que também poderá ser impresso em nosso site www.sperta.com.br na opção "2a. Via de Boleto" apenas digitando o Grupo, Cota e Data de Nascimento e também no App para Celular, 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.
- ✗ **TERMO DE RESPONSABILIDADE DE TEST RIDE :** Preencher e assinar .

Pessoa Física:

- Cópia do **CPF e RG** (inclusive do cônjuge se for casado).
- Cópia do **COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA** (Conta atual de água, luz, gás encanado, TV por assinatura ou Fone Fixo).
- **COMPROVANTE DE RENDA** Holerite dos três últimos meses e de no mínimo 3 (três) vezes o valor da parcela. Carteira de Trabalho atualizada (ver instrução logo a seguir). 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.

AUTÔNOMO 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.

TODOS OS DOCUMENTOS PASSARÃO POR ANÁLISE E APROVAÇÃO PARA A RETIRADA DO BEM.

Dúvidas poderão ser esclarecidas em nossas filiais, no Telefone (18) 3636-3636, pela Internet em www.sperta.com.br na opção "fale conosco", e-mail: sperta@sperta.com.br e Whatsapp (18) 98173-0701.

Filiais e Representantes: **ARAÇATUBA** - Rua Marcílio Dias 2299 Fone: (18) 3636-2000 e Av. Luiz Pereira Barreto 448 Fone: (18) 3636-3636 - **BIRIGUI** - Av. Euclides Miragaia 2023 Fone: (18) 3643-3000 e Rua Sete de Dezembro 563 Fone: (18) 3642-8858 - **PENÁPOLIS** - Rua Dr. Mario Sabino 16 Fone: (18) 3654-6600 - **PROMISSÃO** - Av. Silvano Faria 611 Fone: (14) 3541-5151 - **LINS** - Rua Osvaldo Cruz 88 Fone: (14) 3533-1000 - **GUARARAPES** - Rua Mal. Floriano 799 Fone: (18) 3606-4500 - **BURITAMA** - Av. Benedito Alves Rangel 1440 Fone: (18) 3691-1747 - **JABOTICABAL** - Av. Benjamin Constant 277 Fone: (16) 3507-0000 - **MONTE ALTO** - Rua Nhonho do Livramento 2038 Fone: (16) 3244-3939 - **BARRINHA** - Av. Dr. Gumerindo Veludo 904 Fone: (16) 3943-6327 - **GUARIBA** - Av. Cel. Neca Junqueira 992 Fone: (16) 3251-2997 - **ARARAQUARA** - Av. Bandeirantes, 530 Fone: (16) 3331-0400 e Av. Pe. Francisco Sales Colturato, 357 Fone: (16) 3114-8990 - **IBITINGA** - Rua Cap. Felício Salomao Raciny 710 Fone: (16) 3352-7120 - **BAURU** - Av. Nações Unidas Qd.30-40 Fone: (14) 3104-0600 - **AGUDOS** - Rua Celidônio Neto, 567 Fone: (14) 3261-1363 - **LENÇÓIS PAULISTA** - Rua Emilio Rossi, 358 Fone: (14) 3263-2460 - **PEDERNEIRAS** - Otto Kuester, 245 Fone: (14) 3284-1386.



TERMO DE CIÊNCIA DE CONTEMPLAÇÃO

Grupo: _____ **Cota:** _____ **Data Contemplação:** _____

Tipo de Contemplação: () Sorteio () Lance

Vr.Crédito R\$: _____ **Bem do Plano :** _____

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:** _____ **Data Contemplação:** _____

Tipo de Contemplação: () Sorteio () Lance

Vr.Crédito R\$: _____ **Bem do Plano :** _____

() 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: 15/03/2026

(assinatura)

NOME: _____

CPF /CNPJ.: _____



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 : SPERTA MOTO COMERCIO DE VEICULOS LTDA

Bem : MOTOCICLETA

Marca : HONDA

Modelo : _____

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

Data: _____.

assinatura

Consortiado (nome): _____

Grupo : _____ Cota : _____ Data Contemplação: _____.



**TOKIO MARINE
SEGURADORA**

NOSSA TRANSPARÊNCIA, SUA CONFIANÇA

**PROPOSTA DE ADEÇÃO SEGURO
PRESTAMISTA SPERTA**

VINCULADO - PROC.SUSEP Nº 15414.613215/2020-52

Nº

☒ Inclusão ☐ Alteração

Ramo - Apólice nº

0977 - Tipo da Obrigação a qual esta proposta está vinculada: Consórcio

Estipulante

CNPJ: 54.708.839/0001-08 SPERTA ADMINISTRADORA DE CONSÓRCIO NACIONAL LTDA

Grupo

Cota

DADOS CADASTRAIS: PROPONENTE PRINCIPAL

Nome Social:

☐ Pessoa Física

☐ Pessoa Jurídica^{# Pag 4}

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 ☐ Não¹

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

Possui relacionamento com agente público? ☐ Sim ☐ Não

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).

RNE²/ 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 possuem CPF.

Coberturas e Limites Máximos de Capitais *		Capitais Segurados Iniciais R\$
Morte / Morte acidental 100%	R\$ 250.000,00	R\$
Invalidez Permanente Total por Acidente(IPTA)	R\$ 250.000,00	R\$

* As coberturas, os percentuais de contratação, limites por cobertura e os critérios de carência e franquia, se aplicável, estão previstos no Certificado do Seguro.

Modalidade de Capital Segurado: Capital Vinculado	Taxa Mensal do seguro: 0,0909%
Capital Segurado Vinculado: Modalidade em que o capital segurado é sempre igual ao valor da sua obrigação. Ele é ajustado automaticamente sempre que houver uma mudança no preço do bem do seu plano de consórcio.	
Início de Vigência: . Se aceita esta proposta de adesão pela Tokio Marine, 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.	

Processos SUSEP nº 15414.613215/2020-52

Tokio Marine Seguradora S.A. - CNPJ. 33.164.021/0001-00 - Cia 0619-0 - Rua Sampaio Viana, 44 - 04004-902 - São Paulo - SP

Central de Atendimento: 0800 31 86546 - Disque Fraude 0800 707 6060

SAC 0800 703 9000 - SAC (Deficientes Auditivos e de Fala) 0800 770 1523 - Ouvidoria: 0800 449 0000

E-mail: ouvidoria@tokiomarine.com.br - www.tokiomarine.com.br

Página 1 de 3

**IMPORTANTE**

O seguro prestamista poderá ser contratado para obrigações assumidas por pessoas jurídicas de direito privado, desde que haja relação direta entre os riscos cobertos e a capacidade de a pessoa jurídica honrar o pagamento do valor relacionado à obrigação em caso de sinistro. O seguro deve ser feito sobre a vida de um ou mais sócios, titulares, instituidores, administradores ou empresários, onde cada um ficará assegurado de acordo com sua participação na empresa descrita no Contrato Social.

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, 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.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

1 - A Tokio Marine (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 Tokio Marine 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 exigências das leis de proteção de dados e 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.

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE SIMPLIFICADA

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 biópsia 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 automobilísticas ou moto ciclística.	☐ Sim ☐ Não
Caso haja situações que contrariem as declarações acima, especificar seguido da informação sobre sua atual situação.		



**TOKIO MARINE
SEGURADORA**

NOSSA TRANSPARÊNCIA, SUA CONFIANÇA

**PROPOSTA DE ADEÇÃO SEGURO
PRESTAMISTA SPERTA**

VINCULADO - PROC.SUSEP
Nº 15414.613215/2020-52

Nº

Grupo

Cota

AUTORIZAÇÃO PARA INCLUSÃO

- Autorizo a inclusão do meu nome na apólice de Seguro Prestamista contratada pelo Estipulante, a quem concedo o direito de agir em meu nome, no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas das Condições Gerais e Especiais da referida apólice, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato serem encaminhadas diretamente ao aludido Estipulante que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação ora outorgados. Entretanto, fica ressalvado que os poderes de representação ora outorgados não lhe dão o direito de cancelar o aqui proposto no decorrer de sua vigência e nem alterar as condições do seguro com implicação de ônus, sem o meu consentimento expresso, enquanto o pagamento do prêmio ocorrer integralmente sob minha responsabilidade, estando ciente, contudo, de que a apólice poderá deixar de ser renovada em seu aniversário por decisão do Estipulante ou da Seguradora.

- Declaro que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e completas, e estou ciente que elas farão parte integrante do contrato de seguro celebrado com a Seguradora, ficando a mesma autorizada a utilizá-las, em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional, e caso se faça necessário, autorizo o departamento médico da Seguradora a obter informações complementares de eventos passados e futuros para a realização da perícia e/ou auditoria médico hospitalar. Estou ciente que de acordo com o Art. 766 do Código Civil Brasileiro, se tiverem sido omitidas circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, perderei o direito à garantia contratada, além de ficar obrigado a pagar o prêmio vencido.

- 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.

- 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.

- A aceitação do proponente estará sujeita à análise do risco pela Seguradora. A seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão para aceitar ou recusar a inclusão no Seguro. Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo descrito, a proposta será considerada aceita.

Havendo necessidade do pedido de elementos complementares para a análise do risco, a aceitação ficará suspensa, e a proposta voltará a ser avaliada após recebimento das informações adicionais. A não aceitação da Proposta de Adesão será comunicada por escrito ao Proponente. A emissão da apólice caracteriza a aceitação da Proposta de Adesão.

- Qualquer intermediário deste seguro deve prestar todas as informações necessárias à contratação, especialmente quanto à prévia disponibilização ao proponente das informações previstas no art. 4º, § 1º da Resolução CNSP nº 382/2020 e demais disposições da norma, além de cumprir toda a legislação vigente.

Declaro que recebi a tomei ciência das Condições Contratuais deste Seguro.

Local e Data

Assinatura do Proponente

- As Condições Gerais deste produto encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processos constante nessa proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, e no site www.tokiomarine.com.br. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep. Plataforma digital oficial para registro de reclamações dos consumidores dos mercados supervisionados: www.consumidor.gov.br. Central de atendimento Susep - 0800 021 8484 - Atendimento Exclusivo ao Consumidor (dias úteis das 09:30 às 17:00h).

Cod.Us.: 31

Processos SUSEP nº 15414.613215/2020-52

Tokio Marine Seguradora S.A. - CNPJ. 33.164.021/0001-00 - Cia 0619-0 - Rua Sampaio Viana, 44 - 04004-902 - São Paulo - SP
Central de Atendimento: 0800 31 86546 - Disque Fraude 0800 707 6060
SAC 0800 703 9000 - SAC (Deficientes Auditivos e de Fala) 0800 770 1523 - Ouvidoria: 0800 449 0000
E-mail: ouvidoria@tokiomarine.com.br - www.tokiomarine.com.br

Página 3 de 3



FICHA DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS

PESSOA FÍSICA



Consortiado



Avalista

GRUPO: _____ COTA: _____

CPF.: _____

NOME: _____ DATA NASCTO: _____

ESTADO CIVIL: () solteiro () casado () outros () Doc.Identidade () CNH: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

BAIRRO: _____ CIDADE / UF: _____ CEP: _____

TELEFONE: () _____ E-MAIL: _____

TEMPO DE RESIDÊNCIA: _____ () CASA PRÓPRIA () FINANCIADA () ALUGADA VR. ALUGUEL R\$ _____

END. ADICIONAL (Pai,Mãe,irmão, parente): _____

BAIRRO: _____ CIDADE / UF: _____ CEP: _____

NOME do PARENTE e TELEFONE: _____ Fone: () _____

POSSUI AUTOMÓVEL / MOTOCICLETA ? () sim () não

MODELO: _____ ANO: _____ EXISTE DÉBITO () sim () não

MODELO: _____ ANO: _____ EXISTE DÉBITO () sim () não

EMPRESA ONDE TRABALHA: _____

ENDEREÇO: _____ FONE: _____

BAIRRO: _____ CIDADE / UF: _____ CEP: _____

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

OUTRAS RENDAS: _____ TOTAL OUTRAS RENDAS R\$ _____

C NOME: _____ DATA NASCTO: ____/____/____

Ô NACIONALIDADE: _____ () Doc.Identidade () CNH: _____ CPF.: _____

N EMPRESA ONDE TRABALHA: _____

J ENDEREÇO COMERCIAL: _____

U BAIRRO: _____ FONE: _____

G CIDADE: _____ UF: _____ CEP: _____

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

R BANCÁRIAS BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA N°: _____

E BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA N°: _____

F

R

E

R

E

C

I

A

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.

APROVAÇÃO DA SPERTA ADM. DE CONSÓRCIO

ASSINATURA DO DECLARANTE

Local: _____ Data: ____/____/____

**FICHA DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS****PESSOA JURÍDICA****GRUPO:****COTA:**

RAZÃO SOCIAL: _____

ENDEREÇO: _____ N° _____ 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	ONUS	ÁREA	VALOR COMERCIAL

VEÍCULOS - MARCA	ANO	MODELO

NOME DOS DIRETORES OU SÓCIOS	%	R\$	CARGO

R E F E R Ê N C I A S	BANCÁRIAS	BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA Nº: _____ BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA Nº: _____
	FORNECEDORES	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 - F I A D O R

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 necessária:

✗ **FICHA DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS**, 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 (veja 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 .

TODOS OS DOCUMENTOS PASSARÃO POR ANÁLISE E APROVAÇÃO PARA A RETIRADA DO BEM. Dúvidas poderão ser esclarecidas através de nossa filial, do Telefone (18) 3636-3636 e também pela Internet em www.sperta.com.br na opção "fale conosco", e-mail: sperta@sperta.com.br e Whatsapp (18) 98173-0701.

Filiais e Representantes: ARAÇATUBA - Rua Marcilio Dias 2299 Fone: (18) 3636-2000 e Av. Luiz Pereira Barreto 448 Fone: (18) 3636-3636 - BIRIGUI - Av. Euclides Miragaia 2023 Fone: (18) 3643-3000 e Rua Sete de Dezembro 563 Fone: (18) 3642-8858 - PENÁPOLIS - Rua Dr. Mario Sabino 16 Fone: (18) 3654-6600 - PROMISSÃO - Av. Silvano Faria 611 Fone: (14) 3541-5151 - LINS - Rua Osvaldo Cruz 88 Fone: (14) 3533-1000 - GUARARAPES - Rua Mal. Floriano 799 Fone: (18) 3606-4500 - BURITAMA - Av. Benedito Alves Rangel 1440 Fone: (18) 3691-1747 - JABOTICABAL - Av. Marechal Deodoro 959 Fone: (16) 3507-0000 - MONTE ALTO - Rua Nhonho do Livramento 2038 Fone: (16) 3244-3939 - BARRINHA - Av. Dr. Gumerindo Veludo 904 Fone: (16) 3943-6327 - GUARIBA - Av. Cel. Neca Junqueira 992 Fone: (16) 3251-2997 - ARARAQUARA - Av. Bandeirantes, 530 Fone: (16) 3331-0400 e Av. Pe. Francisco Sales Colturato, 357 Fone: (16) 3114-8990 - IBITINGA - Rua Cap. Felício Salomao Raciny 710 Fone: (16) 3352-7120 - BAURU - Av. Nações Unidas Qd.30-40 Fone: (14) 3104-0600 - AGUDOS - Rua Celidônio Neto, 567 Fone: (14) 3261-1363 - LENÇÓIS PAULISTA - Rua Emilio Rossi, 358 Fone: (14) 3263-2460 - PEDERNEIRAS - Otto Kuester, 245 Fone: (14) 3284-1386.

FICHA DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS

PESSOA FÍSICA

☐ Consorciado ☒ Avalista

GRUPO: _____ COTA: _____

CPF.: _____

NOME: _____ DATA NASCTO: ____/____/____

ESTADO CIVIL: () solteiro () casado () outros () Doc. Identidade () CNH: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

BAIRRO: _____ CIDADE / UF: _____ CEP: _____

TELEFONE: () _____ E-MAIL: _____

TEMPO DE RESIDÊNCIA: _____ () CASA PRÓPRIA () FINANCIADA () ALUGADA VR. ALUGUEL R\$ _____

END. ADICIONAL (Pai, Mãe, irmão, parente): _____

BAIRRO: _____ CIDADE / UF: _____ CEP: _____

NOME do PARENTE e TELEFONE: _____ Fone: () _____

POSSUI AUTOMÓVEL / MOTOCICLETA ? () sim () não

MODELO: _____ ANO: _____ EXISTE DÉBITO () sim () não

EMPRESA ONDE TRABALHA: _____

ENDEREÇO: _____ Nº: _____ FONE: _____

BAIRRO: _____ CIDADE / UF: _____ CEP: _____

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

C NOME: _____ DATA NASCTO: ____/____/____**Ô** NACIONALIDADE: _____ () Doc. Identidade () CNH: _____ CPF.: _____**N** EMPRESA ONDE TRABALHA: _____**J** ENDEREÇO COMERCIAL: _____ Nº: _____**U** BAIRRO: _____ FONE: _____**G** CIDADE: _____ UF: _____ CEP: _____**E** CARGO: _____ TEMPO DE CASA: _____ SALÁRIO R\$ _____**R
E
F
E
R
Ê
N
C
I
A****BANCÁRIAS**

BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA Nº: _____

BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA Nº: _____

**COMERCIAIS
(COMPRAS A
CRÉDITO)****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.

_____ de _____ de _____

LOCAL

APROVAÇÃO DA SPERTA ADMINISTRADORA DE CONSÓRCIO NACIONAL LTDA

ASSINATURA DO DECLARANTE

FORMULÁRIO COTAÇÃO DE SEGURO

Nome: _____

CPF: _____ RG: _____ Data de Nascimento: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS PARA COTAÇÃO SEGURO:

Estado Civil: () Solteiro () Casado () União Estável () Divorciado () Viúvo

Em qual meio utiliza motocicleta? () Trabalho () Estudo

Se utiliza para TRABALHO ela ficará estacionada: () Rua () Garagem

Se Garagem: Portão () Eletrônico () Manual

Se utiliza para ESTUDO ela ficará estacionada: () Rua () Garagem

Se Garagem: Portão () Eletrônico () Manual

O local onde reside é ? () Casa () Apartamento () Condomínio fechado () Sítio () Chácara

O local onde ficará estacionada na residência: () Rua () Garagem

Se garagem: portão () Manual () Eletrônico

Tem condutores menores de 25 anos que irão utilizar a moto? () Sim () Não

Qual tempo de habilitação? _____

INFORMAÇÕES PARA TERCEIRO CONDUTOR OU SEGURADO :

Grau de parentesco com dono da moto: _____

Nome completo: _____

CPF : _____ Data de nascimento: _____

E-mail: _____

Endereço completo: _____

Declaro que estou ciente que estas informações serão repassadas à Corretora de Seguros Honda, para que apenas seja realizada uma cotação aproximada do seguro, sem qualquer compromisso de efetivação, para isto assino:

Data : _____

Cliente: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE TEST RIDE

CONCESSIONÁRIA	SPERTA MOTO COMÉRCIO DE VEÍCULOS LTDA
VENDEDOR	

NOME CLIENTE	
CPF	
E-MAIL	
TELEFONE	
CIDADE / ESTADO	
MODELO TESTADC	
PLACA	

CNH nº / CATEGORIA	
VALIDADE	
DATA SAIDA / RETORNO	
KM SAIDA / KM RETORNO	

Declaro possuir experiência e estar em plenas condições físicas e psicológicas para realizar o **TEST RIDE** com a motocicleta de propriedade da concessionária, durante o qual agirei conforme as recomendações devidamente fornecidas pelo vendedor neste ato e em total obediência à Legislação de Trânsito.

Reconheço que a motocicleta é retirada em perfeito estado de conservação, uso e funcionamento, assumindo o compromisso de devolvê-la nas mesmas condições.

***DECLARO NÃO TER CONSUMIDO BEBIDA ALCOÓLICA E ESTAR TOTALMENTE APTO A REALIZAR O TEST RIDE COM SEGURANÇA**

Responsabilizo-me, ainda, civil e criminalmente, por todos e quaisquer fatos que venham ocorrer durante o **TEST RIDE**, seja com a motocicleta ou terceiros, comprometendo-me a responder pessoalmente por danos materiais e morais que eventualmente vier a causar ou sofrer, isentando a concessionária proprietária da motocicleta ou a montadora de qualquer responsabilidade neste sentido.

A assinatura do presente termo significa que seu conteúdo foi integralmente lido e compreendido por mim.

Assinatura conforme habilitação