



Solicitação de Troca de Bem

Nome _____

CPF _____

Telefone Residencial _____

Telefone Celular _____

E-mail _____

Grupo _____ Cota _____

Data ___/___/___

Solicito a opção de troca de bem (Para disponibilidade de bens no grupo consultar a Administradora (016) 3707-5500).

Código bem _____

Valor do novo bem _____

Para concluir esta negociação é necessário

- Pagar a parcela do mês atual
- Clientes não contemplados
- Não tenha sido feita troca de bem anteriormente
- Não ultrapassar o limite de 50% do bem atual

Assinatura

Devolver-nos esta carta assinada por email (groscon@consorcio-groscon.com.br), ou via correio (Rua São Sebastião do Paraíso, nº 1035 – Franca/SP).

VERIFICAÇÃO DE CAPACIDADE ECONÔMICO-FINANCEIRA - PESSOA FÍSICA

1. NOME:			
2. CONTRATO ADESÃO:	3. SEXO:	4. IDADE:	5. ESTADO CIVIL:
6. QUAL O SEU GRAU DE ESCOLARIDADE?			
<input type="checkbox"/> 1º grau incompleto		<input type="checkbox"/> 2º grau completo	
<input type="checkbox"/> 1º grau completo		<input type="checkbox"/> Superior incompleto	
<input type="checkbox"/> 2º grau incompleto		<input type="checkbox"/> Superior completo	
7. EXERCE ATIVIDADE REMUNERADA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Há quanto tempo? _____			
8. PROFISSÃO:			
9. QUAL A SUA RENDA MENSAL?			
10. QUAL SUA SITUAÇÃO DE TRABALHO?			
<input type="checkbox"/> Trabalha com vínculo empregatício (carteira assinada / contrato de trabalho)			
<input type="checkbox"/> Trabalha sem vínculo empregatício (prestador de serviços, terceirizados)			
<input type="checkbox"/> Aposentado			
<input type="checkbox"/> Desempregado			
11. SOMANDO A SUA RENDA COM A RENDA DAS PESSOAS QUE MORAM COM VOCÊ, QUANTO É APROXIMADAMENTE, A RENDA MENSAL FAMILIAR?			
<input type="checkbox"/> Até R\$ 1.000,00		<input type="checkbox"/> De R\$ 5.001,00 a R\$ 6.000,00	
<input type="checkbox"/> De R\$ 1.001,00 a R\$ 1.500,00		<input type="checkbox"/> De R\$ 6.001,00 a R\$ 7.000,00	
<input type="checkbox"/> De R\$ 1.501,00 a R\$ 2.000,00		<input type="checkbox"/> De R\$ 7.001,00 a R\$ 8.000,00	
<input type="checkbox"/> De R\$ 2.001,00 a R\$ 2.500,00		<input type="checkbox"/> De R\$ 8.001,00 a R\$ 9.000,00	
<input type="checkbox"/> De R\$ 2.501,00 a R\$ 3.000,00		<input type="checkbox"/> De R\$ 9.001,00 a R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> De R\$ 3.001,00 a R\$ 3.500,00		<input type="checkbox"/> Acima de R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> De R\$ 3.501,00 a R\$ 4.000,00		<input type="checkbox"/> Acima de R\$ 15.000,00	
<input type="checkbox"/> De R\$ 4.001,00 a R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> Acima de R\$ 20.000,00	
12. QUAL SUA PARTICIPAÇÃO NA RENDA FAMILIAR?			
<input type="checkbox"/> Não trabalho e meus gastos são financiados pela família			
<input type="checkbox"/> Trabalho e me sustento			
<input type="checkbox"/> Trabalho e sou o principal responsável pelo sustento da família			
<input type="checkbox"/> Trabalho e recebo ajuda da família			
<input type="checkbox"/> Trabalho e contribuo para o sustento da família			
13. QUAIS AS DESPESAS MENSAIS DA FAMÍLIA? (APROXIMADAMENTE)			
<input type="checkbox"/> Até R\$ 1.000,00		<input type="checkbox"/> De R\$ 5.001,00 a R\$ 6.000,00	
<input type="checkbox"/> De R\$ 1.001,00 a R\$ 1.500,00		<input type="checkbox"/> De R\$ 6.001,00 a R\$ 7.000,00	
<input type="checkbox"/> De R\$ 1.501,00 a R\$ 2.000,00		<input type="checkbox"/> De R\$ 7.001,00 a R\$ 8.000,00	
<input type="checkbox"/> De R\$ 2.001,00 a R\$ 2.500,00		<input type="checkbox"/> De R\$ 8.001,00 a R\$ 9.000,00	
<input type="checkbox"/> De R\$ 2.501,00 a R\$ 3.000,00		<input type="checkbox"/> De R\$ 9.001,00 a R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> De R\$ 3.001,00 a R\$ 3.500,00		<input type="checkbox"/> Acima de R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> De R\$ 3.501,00 a R\$ 4.000,00		<input type="checkbox"/> Acima de R\$ 15.000,00	
<input type="checkbox"/> De R\$ 4.001,00 a R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> Acima de R\$ 20.000,00	
14. A CASA QUE VOCÊ MORA É:			
<input type="checkbox"/> Própria		<input type="checkbox"/> Alugada - Valor mensal _____	
<input type="checkbox"/> Emprestada			
<input type="checkbox"/> Doada _____		<input type="checkbox"/> Financiada - Valor da parcela _____	
15. A FAMÍLIA POSSUÍ BENS?			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> APARTAMENTO <input type="checkbox"/> TERRENO <input type="checkbox"/> CARRO <input type="checkbox"/> MOTO <input type="checkbox"/> CHÁCARA <input type="checkbox"/> FAZENDA			
<input type="checkbox"/> OUTROS _____			

Declaro estar ciente de que o preenchimento deste formulário, bem como as informações aqui prestadas, são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

(Cidade e data)

NOME:
CPF: