



GROSCON ADMINISTRADORA DE CONSÓRCIOS LTDA.  
Rua São Sebastião do Paraíso, 1035 - Jd. Francano  
CEP 14.405-010 - Franca - SP  
TELEFAX: (16) 3707-5500  
CNPJ 26.228.270/0001-48  
groscon@consorciogroscon.com.br  
www.consorciogroscon.com.br

CERTIFICADO DE AUTORIZAÇÃO  
MF/SRF/03/001/028/91 EXP. EM  
25/04/91 - ADITIVOS DO BANCO  
CENTRAL DO BRASIL EM  
14/04/93 E 01/06/93

## TERMO DE CESSÃO E TRANSFERÊNCIA DE COTA DE CONSÓRCIO

GRUPO	COTA
-------	------

Pelo presente Termo, o CEDENTE abaixo identificado:

CEDENTE
---------

Com anuência da GROSCON ADMINISTRADORA DE CONSÓRCIOS LTDA, transfere a COTA pertencente ao GRUPO acima informados, ao CESSIONÁRIO abaixo identificado:

CESSIONÁRIO
-------------

CPF/CNPJ	R.G. / INSCRIÇÃO ESTADUAL	ORGÃO EMISSOR	UF EMISSÃO	DATA EXPEDIÇÃO	NACIONALIDADE
----------	---------------------------	---------------	------------	----------------	---------------

ESTADO CIVIL	SEXO	DT. NASCIMENTO	TELEFONE RESIDENCIAL (DDD)	TELEFONE CELULAR (DDD)	E-MAIL
--------------	------	----------------	----------------------------	------------------------	--------

ENDEREÇO RESIDENCIAL	NÚMERO	APTO/SALA
----------------------	--------	-----------

BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
--------	-----	--------	----

EMPRESA QUE TRABALHA	TELEFONE COMERCIAL (DDD)	RENDA MENSAL	DATA ADMISSÃO
----------------------	--------------------------	--------------	---------------

ENDEREÇO COMERCIAL	NÚMERO	APTO/SALA
--------------------	--------	-----------

BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
--------	-----	--------	----

Declaro estar adquirindo a COTA pertencente ao GRUPO inicialmente informados, conforme proposta de admissão e Regulamento aprovado pelo Certificado de Autorização do MF/SRF/03/001/028/91, para aquisição de um bem de marca e modelo especificado no Contrato de Adesão, o qual a partir desta data passará a suceder-lhe nas obrigações e direitos constantes no instrumento, cujos termos são de meu inteiro conhecimento.

\_\_\_\_\_, DE \_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOME CPF

\_\_\_\_\_  
CEDENTE (reconhecer firma por autenticidade)

\_\_\_\_\_  
NOME CPF

\_\_\_\_\_  
CESSIONÁRIO (reconhecer firma por autenticidade)

**VERIFICAÇÃO DE CAPACIDADE ECONÔMICO-FINANCEIRA - PESSOA FÍSICA**

<b>1) NOME:</b>			
<b>2) CONTRATO ADESÃO:</b>	<b>3) SEXO :</b>	<b>4) IDADE:</b>	<b>5) ESTADO CIVIL:</b>
<b>6) QUAL O SEU GRAU DE ESCOLARIDADE?</b>			
<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	
<b>7) EXERCE ATIVIDADE REMUNERADA?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>Há quanto tempo?</b> _____			
<b>8) PROFISSÃO:</b>			
<b>9) QUAL A SUA RENDA MENSAL?</b>			
<b>10) QUAL SUA SITUAÇÃO DE TRABALHO?</b>			
<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			
<b>11) SOMANDO A SUA RENDA COM A RENDA DAS PESSOAS QUE MORAM COM VOCÊ, QUANTO É APROXIMADAMENTE, A RENDA MENSAL FAMILIAR?</b>			
<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	
<b>12) QUAL SUA PARTICIPAÇÃO NA RENDA FAMILIAR?</b>			
<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			
<b>13) QUAIS AS DESPESAS MENSAIS DA FAMÍLIA? (APROXIMADAMENTE)</b>			
<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	
<b>14) A CASA QUE VOCÊ MORA É:</b>			
<input type="checkbox"/> Própria		<input type="checkbox"/> Alugada - Valor mensal _____	
<input type="checkbox"/> Emprestada			
<input type="checkbox"/> Doadada		<input type="checkbox"/> Financiada - Valor da parcela _____	
<b>15) A FAMÍLIA POSSUÍ BENS?</b>			
<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: