



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@consorciogroscon.com.br), ou via correio (Rua São Sebastião do Paraíso, nº 1035 – Franca/SP).

VERIFICAÇÃO DE CAPACIDADE ECONÔMICO-FINANCEIRA
PESSOA JURÍDICA

1 RAZÃO SOCIAL:	
2 CONTRATO ADESÃO:	3 DATA DE CONSTITUIÇÃO DA EMPRESA __/__/__
4 QUAL O TIPO DA EMPRESA? <input type="checkbox"/> LTDA <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> MEI <input type="checkbox"/> Sociedade Anônima	
8 QUAL O RAMO DE ATIVIDADE? <input type="checkbox"/> Agricultura, pecuária, pesca, produção florestal <input type="checkbox"/> Atividades financeiras, seguros e serviços relacionados <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Indústria <input type="checkbox"/> Prestação de serviços	
9 A SEDE DA EMPRESA É: <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Financiada <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> A empresa não possui sede	
10 QUAL O CAPITAL SOCIAL DA EMPRESA?	
11 QUAL O LUCRO LÍQUIDO MENSAL APROXIMADO?	
12 QUANTOS FUNCIONÁRIOS A EMPRESA POSSUI? <input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 a 6 <input type="checkbox"/> 6 a 10 <input type="checkbox"/> 10 a 15 <input type="checkbox"/> 15 a 20 <input type="checkbox"/> Acima de 20 funcionários	
13 A EMPRESA POSSUI 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: