

Processo Principal - AUD26.07.0564.001.00 - Banco Safra S/A x CLENILTON DA SILVA MOREIRA - - , Maracanaú, Maracanaú

De : KRT Advocacia <krtadvocaciaaud02@gmail.com>

seg., 31 de ago. de 2026 10:07

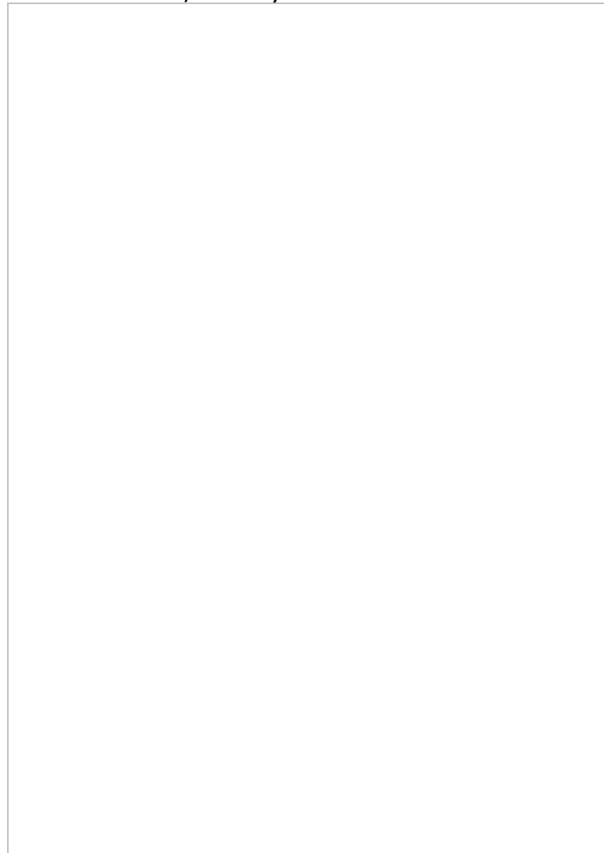
Assunto : Processo Principal - AUD26.07.0564.001.00 - Banco Safra S/A x CLENILTON DA SILVA MOREIRA - - , Maracanaú, Maracanaú

 7 anexos

Para : protocolo procon <protocolo_procon@maracanau.ce.gov.br>

As imagens externas não são exibidas. [Exibir as imagens abaixo](#)

--
Atenciosamente, Stefany.



-
-  **PROP SEG PRESTAMISTA E ACID PESSOAIS .pdf**
218 KB
 -  **DEFESA PROCONCLENILTON DA SILVA MOREIRA.pdf**
207 KB
 -  **PROPOSTA DE ADEÇÃO SEGURO PARCELA .pdf**
221 KB
 -  **Documentos de representação Safra.zip**
3 MB
 -  **COMPROVANTE FORMALIZAÇÃO DIGITAL.pdf**
20 KB
 -  **241960_10854306_62043315315_10854306.PDF**
844 KB
 -  **Carta de Preposição Geral AUD2607056400100 28_08_2026.pdf**
486 KB

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DIRETOR EXECUTIVO DO PROCON DE MARACANAÚ

PROCESSO FA/TNF/AUD N° 260705640010007301

CCN: **20260807006919**

BANCO SAFRA., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CPNJ/MF sob o nº 58.160.789/0001-28, com sede em São Paulo, estado de São Paulo, à Av. Paulista, 2100 – Bela Vista – CEP 01310-930, por seu representante e bastante procurador, nos autos da Reclamação em epígrafe que lhe move **CLENILTON DA SILVA MOREIRA**, respeitosamente, à presença deste Ilustre Órgão, apresentar DEFESA ADMINISTRATIVA, nos termos que seguem:

I. DOS FATOS

1. A parte reclamante alega que, após contratar financiamento de veículo, identificou a inclusão de seguro no valor de R\$ 7.479,51, que afirma não ter solicitado, autorizado ou sido previamente informado.
2. Relata que registrou reclamação no Consumidor.gov.br e teria sido informada de que o seguro seria cancelado e os valores restituídos, mas isso não ocorreu.
3. Assim, requer o cancelamento do seguro, restituição integral dos valores cobrados, exclusão do seguro do financiamento e recálculo do saldo devedor, das parcelas vincendas, dos encargos financeiros e do CET, com apresentação dos documentos que comprovem eventual autorização para a contratação.

II. DAS PROVIDÊNCIAS REALIZADAS PELA RECLAMADA

4. Diante das informações prestadas, reclamada esclarece que a satisfação de seus clientes, assim como o respeito ao Código de Defesa do Consumidor e demais legislações pertinentes são objeto de maior preocupação e cuidado do Banco Safra.

5. Em atenção à manifestação formulada, de acordo com os levantamentos realizados pelo Banco Safra, visando à transparência com o intuito de construir uma relação de confiança mútua, reafirmando o compromisso pelo atendimento de qualidade e melhoria contínua na prestação de serviços, esclarece-se que:

6. A demanda está relacionada ao Contrato de Financiamento nº 0103700010358923, formalizado em 17/04/2026, com prazo de 48 parcelas mensais no valor de R\$ 2.670,93, vencíveis no período de 17/05/2026 a 17/04/2030.

7. Conforme análise dos documentos que compõem o processo de contratação, não foram constatadas divergências entre as condições efetivamente formalizadas e aquelas registradas nos instrumentos contratuais disponibilizados ao consumidor, tampouco elementos que indiquem a inclusão unilateral de produtos ou serviços sem vinculação ao procedimento regular de contratação.

8. Verificou-se que a operação foi realizada em ambiente digital, mediante validação biométrica facial e assinatura eletrônica do contratante em 17/04/2026.

9. Na ocasião, houve ciência e aceite dos documentos que compõem a operação, incluindo a Cédula de Crédito Bancário, a Planilha de Custo Efetivo Total (CET) e demais informações relativas às condições do financiamento, tarifas, tributos, encargos incidentes e produtos vinculados à contratação, dentre eles as apólices de seguro contratadas.

10. O comprovante de formalização digital registra a manifestação de aceite do contratante e a vinculação dos respectivos documentos ao processo eletrônico de contratação.

11. Não obstante a regularidade da formalização, identificou-se que o consumidor, posteriormente, solicitou o cancelamento das apólices de seguro nº 1007700303209/363888, nº 1017100072602/48404 e nº 1017100072600/19508, bem como informações acerca da possibilidade de refinanciamento da operação, e em atendimento à solicitação apresentada, as três apólices foram devidamente canceladas.

12. No que se refere à apólice nº 1007700303209/363888, foi efetuada a restituição do valor de R\$ 4.018,55 mediante PIX em 12/08/2026.

13. Quanto às apólices nº 1017100072602/48404 e nº 1017100072600/19508, se esclarece que o pagamento não pôde ser concluído em razão da rejeição bancária da conta originalmente informada, agência 3302-2, conta nº 87328-4, mantida junto ao Banco do Brasil, sob o motivo de retorno 'agência ou conta inválida'.

14. Após a disponibilização de novos dados bancários pelo consumidor, Banco Inter, agência 0001, conta corrente nº 15396048-5, foi iniciado novo procedimento para processamento das restituições devidas, com previsão de crédito em até 7 dias úteis, devendo o consumidor acompanhar a efetivação do pagamento por meio de seus extratos bancários.

15. Cumpre esclarecer que as apólices mencionadas são vinculadas a seguradora cujo procedimento operacional prevê a realização das restituições exclusivamente por transferência

bancária, razão pela qual a indicação de dados bancários válidos é requisito necessário para conclusão do pagamento.

16. Ressalta-se, ainda, que os valores restituídos em decorrência do cancelamento de seguros correspondem à parcela proporcional do prêmio relativa ao período não usufruído da cobertura contratada, observadas as condições aplicáveis ao produto, não sendo devido o reembolso integral do valor originalmente financiado.

17. Por fim, informa-se que o cancelamento posterior das apólices não descaracteriza a regularidade da operação de crédito nem implica revisão automática das condições originalmente pactuadas. Dessa forma, não há fundamento para exclusão retroativa dos valores regularmente contratados, recálculo das parcelas, alteração do saldo devedor ou revisão do Custo Efetivo Total da operação, uma vez que a contratação foi formalizada de acordo com os procedimentos previstos e os valores de restituição decorrentes do cancelamento dos seguros estão sendo devidamente processados.

18. Diante do exposto, verifica-se que o pedido de cancelamento das apólices foi integralmente atendido, já tendo ocorrido restituição parcial e estando em fase final de processamento os pagamentos remanescentes, permanecendo a Instituição à disposição para prestar os esclarecimentos complementares que se fizerem necessários.

19. Conclui-se, portanto, a inexistência de cobranças indevidas ou irregularidades na condução da operação, não havendo desrespeito ao Código de Defesa do Consumidor, nem tampouco aos princípios estabelecidos no mesmo diploma legal, posto que o serviço foi prestado pela reclamada com devida qualidade esperada conforme prescreve o artigo 6º do Código de Defesa do Consumidor, incidindo no caso o artigo 14º, § 3.º, inciso I do Código de Defesa do Consumidor.

20. O Banco Safra se coloca à disposição para prestar esclarecimentos adicionais pelos seguintes canais:

- **Capitais e grandes centros:** 3003-9039 / 0300 151 1234
- **Fora das capitais e grandes centros:** 0800 722 9030
- **WhatsApp:** (11) 2650-9999
- **Horário de atendimento:** Segunda a sexta das 08h às 19h, exceto feriados.
- **Ouvidoria Safra** - 0800 770 1236
- **WhatsApp:** (11) 2650-9909
- **Ouvidoria Safra (deficiência auditiva/de fala)** - 0800 727 7555

21. Em caso de eventuais dúvidas, informamos que o Banco Safra também está à disposição do consumidor e deste Órgão, nos seus canais de atendimento gerais para demandas mais específicas, caso necessário

Produto / Serviço	Tipo de pessoa	Localização	Telefone
Conta corrente e conta investimento	Pessoa Física	Capital e Grande SP	(11) 3253-4455
Conta corrente e conta investimento	Pessoa Física	Demais localidades	0300 105 1234
Cartões de Crédito (correntistas)	Pessoa Física	Capital e Grande SP	(11) 4001-4460
Cartões de Crédito (correntistas)	Pessoa Física	Demais localidades	0800 728 4460
Cartões Safra Card (não correntistas)	Pessoa Física	Capital e Grande SP	(11) 4001-1030
Cartões Safra Card (não correntistas)	Pessoa Física	Demais localidades	0800 741 1030
Safra Financeira (financiamentos, empréstimos, FGTS)	Todos	Capitais e Grandes Centros	3003 9039
Safra Financeira (financiamentos, empréstimos, FGTS)	Todos	Demais localidades	0800 722 9039
Safra Financeira (WhatsApp)	Todos	Todas	(11) 2650-9999
Mesa de câmbio – turismo / câmbio pronto	Todos	Todas	(11) 3175-8267 / (11) 3175-8030
Mesa de câmbio (WhatsApp)	Todos	Todas	(11) 2650-9991
Safra Corretora – atendimento geral	Todos	Todas	(11) 3175-4895
Safra Corretora – Home Broker	Todos	Todas	(11) 3175-7661
Safra Private Banking / Safra Invest	Todos	Capital e Grande SP	(11) 3253-4455
Safra Private Banking / Safra Invest	Todos	Demais localidades	0800 772 2155 / 0300 105 1234
SAC / Proteção de Dados (24h)	Todos	Todas	0800 772 5755
SAC – deficiência auditiva/de fala (24h)	Todos em condição especial	Todas	0800 772 4136
Ouvidoria (dias úteis)	Todos	Todas	0800 770 1236
Ouvidoria – deficiência auditiva/de fala	Todos em condição especial	Todas	0800 727 7555
Renegociação via WhatsApp	Pessoa Física	Todas	(11) 3175-9444
Pessoa Jurídica / SafraPay (PJ e Maquininha)	Pessoa Jurídica	Capital e Grande SP	(11) 3175-8248

III. DOS PEDIDOS

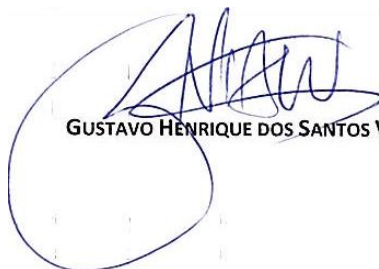
22. Isto posto, requer que a presente reclamação não seja acolhida, bem como seja devidamente arquivada como **NÃO FUNDAMENTADA** ou **ATENDIDA**, em razão dos motivos acima expostos.

23. Por fim, requer-se a que todas as intimações e publicações relativas ao feito, sejam feitas em nome do Banco Safra, sob pena de nulidade.

Termos em que,

Pede deferimento.

São Paulo/SP, 28 de agosto de 2026.


GUSTAVO HENRIQUE DOS SANTOS VISEU

I – DADOS DO SEGURADO

Nome: CLENILTON DA SILVA MOREIRA

Nome Social:

CPF: 620.433.153-15

Telephone: 85996768880

E-mail: CLENILTON16@GMAIL.COM

II – ESTIPULANTE / CREDOR / BENEFICIÁRIO

Razão Social: SAFRA CRÉDITO, FINANCIAMENTO E INVESTIMENTO S/A

CNPJ: 45.437.547/0001-97

Endereco: AV PAULISTA N.2150 - BELA VISTA - SÃO PAULO - SP

III – SEGURADORA

Razão Social: SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CNPJ: 030.902.142/0001-05

SUSEP: 9938

Endereco: AV. PAULISTA, 2100 - 12º ANDAR - SÃO PAULO - SP

Site: safrafinanceira.com.br

IV – CORRETORA DE SEGUROS

Razão Social: Maitaca Corretora de Segs. Soc. Unipessoal Ltda. **CNPJ:** 040.066.873/0001-11

SUSEP: 212130217

V - DADOS DO SEGURO

Processo Susep: 15414.900273/2015-56

Apólice:1007700303209

Contrato/CCB: 010370001 358923

☒ Seguro Prestamista **com** cobertura complementar de Desemprego Involuntário ou Incapacidade Total e Temporária.

Vigência: 07/04/2026
até 07/04/2030

☐ Seguro Prestamista **sem** cobertura complementar de Desemprego Involuntário ou Incapacidade Total e Temporária.

Prêmio Único Total: R\$ 4.279,51

IOF: R\$ 16,26

Pagamento: ☐ à vista ☒ financiado

Comissão de Corretagem: 20%

Pró-labore: 24%

Coberturas	Categoria Profissional	Franquia/ Carência	Capital Segurado
Morte / Invalidez Permanente Total por Acidente	Todas	Não há	É o valor a ser pago ao Beneficiário em caso de Morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado, equivalente ao valor do Saldo Devedor da Obrigação apurado na Data do Evento Coberto, sempre limitado ao Capital Segurado Máximo no valor de R\$76.426,20 .
Desemprego Involuntário (DI)	DI: Profissionais assalariados com vínculo empregatício mínimo de 12 (doze) meses ininterruptos em regime CLT (para um mesmo empregador)	30 dias para ambos	Pagamento de até 3 parcelas, no limite de R\$ 1.166,67 por parcela, que resulta no valor total de até R\$ 3.500,00 .
Incapacidade Total e Temporária	ITT: Profissionais autônomos e liberais com no mínimo 12 (doze) meses de trabalho ininterruptos.	Franquia: 15 dias Carência: 30 dias	Pagamento de até 3 parcelas, no limite de R\$ 1.166,67 por parcela, que resulta no valor total de até R\$ 3.500,00 .

VI - OBJETIVO DO SEGURO PRESTAMISTA

O Seguro Prestamista tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, o Saldo Devedor da Obrigação assumida pelo Devedor perante o Credor, apurado na Data do Evento Coberto, **limitado ao Capital Segurado Máximo Contratado, no caso de ocorrência de Evento Coberto e conforme Coberturas contratadas na Apólice, exceto se decorrente de Riscos Excluídos.**

VII – SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS (PROCESSO SUSEP: 15414.614404/2024-76)

Coberturas	Categoria Profissional	Franquia/ Carência	Capital Segurado
Morte Acidental / Invalidez Permanente Total por Acidente	Todas	Não há	É o valor a ser pago ao Beneficiário/Segurado (conforme o caso) em caso de Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado. O valor do Capital Segurado será compatível ao Valor Residual do Seguro Prestamista ¹ dividido pelo percentual da Taxa Comercial ² . O Capital Segurado será informado ao Segurado no Certificado Individual.
Desemprego Involuntário (DI)	DI: Profissionais assalariados com vínculo empregatício mínimo de 12 (doze) meses ininterruptos em regime CLT (para um mesmo empregador).	30 dias para ambos	É o valor a ser pago ao próprio Segurado em caso de desemprego involuntário, o valor do Capital Segurado, será conforme Plano ³ contratado. O Capital Segurado será informado ao Segurado no Certificado Individual.
Incapacidade Total e Temporária	ITT: Profissionais autônomos e liberais com no mínimo 12 (doze) meses de trabalho ininterruptos.	Franquia: 15 dias Carência: 30 dias	É o valor a ser pago ao próprio Segurado em caso de Perda de Renda, o valor do Capital Segurado, será conforme Plano contratado. O Capital Segurado será informado ao Segurado no Certificado Individual.

VIII - OBJETIVO DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

O Seguro de Acidentes Pessoais tem por objetivo garantir o pagamento de uma Indenização, limitada ao Capital Segurado contratado, ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), conforme o caso, na ocorrência de Eventos Cobertos previstos na(s) Cobertura(s) contratada(s), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos e desde que respeitadas as demais disposições das Condições Gerais, das Condições Especiais, e das Coberturas Adicionais.**

Ao optar pela contratação do Seguro de Acidentes Pessoais, que contempla as Coberturas demonstradas no quadro VII acima disposto, **havendo a Liquidação Antecipada da CCB (“Obrigação”)⁴, indicada no quadro V acima, com até 12 (doze) meses de antecedência em relação ao término do prazo da Obrigação**, o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) fará(ão) jus à cobertura do Seguro de Acidentes Pessoais até o final da vigência original da Obrigação. O Valor Residual do Seguro Prestamista¹, respeitado o limite mínimo de R\$ 200,01 (Duzentos Reais e Um Centavo) e valor máximo de R\$ 5.000,00 (Cinco Mil Reais), será utilizado para pagamento do Prêmio do Seguro de Acidentes Pessoais, sem que haja desembolso adicional por parte do Segurado. Caso o Valor Residual do Seguro Prestamista não esteja compreendido entre os valores ora indicados, o Segurado fará jus ao recebimento do Valor Residual do Seguro Prestamista pelo prazo a decorrer e a opção pela contratação do Seguro de Acidentes Pessoais não será concluída. O Seguro de Acidentes Pessoais possui como Beneficiários os herdeiros legais, conforme Código Civil, ou o próprio Segurado, a depender do evento ocorrido, sendo facultado ao Segurado a livre indicação de terceiros como beneficiários. A emissão do Seguro de Acidentes Pessoais, o Certificado Individual com as condições, Coberturas e respectivos Capitais Segurados, será disponibilizado ao Segurado na área logada do cliente no site da Safra Financeira⁵. **A contratação deste Seguro de Acidentes Pessoais é opcional, sendo facultado ao Segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com a devolução do Valor Residual do Seguro Prestamista, se houver.**

¹ Valor Residual do Seguro Prestamista significa o cálculo *pro rata* do Prêmio do Seguro Prestamista referente ao período a decorrer e que deveria ser devolvido ao Segurado na hipótese de liquidação antecipada da Obrigação.
²Taxa Comercial é o fator utilizado para fins do cálculo do Prêmio do Seguro de Acidentes Pessoais.
³Plano será determinado considerando o Valor Residual do Seguro Prestamista, após a liquidação antecipada da Obrigação.
⁴ A Liquidação Antecipada da Obrigação somente será revertida no Seguro de Acidentes Pessoais se a liquidação da dívida ocorrer a pedido do Segurado, não sendo válida em caso de liquidação por recuperação do veículo por inadimplência da Obrigação.
⁵[SITE FINANCEIRA]

☒ Aceito a contratação ☐ Não Aceito a contratação

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE – SEGURO PRESTAMISTA:

Declaro, para todos os fins, que desejo contratar o Seguro Prestamista objeto da presente Proposta e que tenho conhecimento que a finalidade do Seguro é garantir a amortização da Obrigação por mim contraída com o ESTIPULANTE. Dessa forma, concordo com a realização do pagamento da Indenização ao ESTIPULANTE, limitado ao valor do Capital Segurado Máximo contratado, caso venha a ocorrer um dos Eventos Cobertos previstos pela Cobertura contratada. Pela contratação do Seguro, declaro estar ciente de que me é exigido o valor do Prêmio indicado acima. Com relação a esse custo, comprometo-me a pagá-lo à vista à SEGURADORA, por intermédio do ESTIPULANTE, podendo esse custo, a meu critério, ser financiado com o ESTIPULANTE, sendo seu valor agregado ao valor da Obrigação, conforme indicado no instrumento que formaliza a sua contratação. Ainda, declaro ter recebido, lido e concordado com os termos das Condições Gerais e Condições Especiais do Seguro Prestamista que me foi apresentado, tendo pleno conhecimento de todos os seus Riscos Excluídos.

Declaro ainda que as informações por mim prestadas, e que integram esta Proposta, correspondem com a verdade. Estou plenamente ciente e de acordo que perderei direito à Indenização decorrente do presente Seguro e ainda pagarei pelos Prêmios vencidos, caso tenha ocorrido omissão de informações que possa ter influenciado na aceitação da Proposta, valor do Capital e/ou renda ou na taxa do Prêmio, conforme previsto no artigo 766 do Código Civil.

Estou ciente de que não haverá Cobertura para eventos e doenças preexistentes à contratação deste Seguro, conforme previsto nas Condições Gerais.

Em caso de Sinistro, estou ciente da obrigatoriedade do acionamento e envio dos documentos pertinentes à SEGURADORA para fins de pagamento da Indenização. Na ocorrência de Evento Coberto previsto na Apólice/Certificado, e enquanto não acionada a SEGURADORA, o ESTIPULANTE poderá tomar todas as medidas cabíveis para recebimento das parcelas vencidas da Obrigação contraída. Autorizo a verificação dos documentos médicos referentes a meu tratamento em hospitais, clínicas, ambulatórios, consultórios e/ou qualquer outra entidade médica. Tenho conhecimento da liberalidade que a mim é concedida de contratar com outra Seguradora. Declaro que (i) tive acesso prévio as regras de tratamento de dados pessoais previstas na Política de Privacidade, disponível através do Portal da Privacidade (<https://www.safra.com.br/sobre/portal-da-privacidade-e-lgpd.htm>), mesmo local onde são disponibilizadas informações sobre como exercer os direitos a mim garantidos pela Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/2018); (ii) tenho ciência de que serão compartilhados dados pessoais entre as Organizações citadas nesse documento, bem como com a SUSEP - Superintendência de Seguros Privados por questões regulatórias e operacionais do Produto. Concordo, ainda, que todas as informações relacionadas ao meu Seguro serão enviadas apenas por e-mail e/ou mensagens de texto durante sua vigência.

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE – SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS:

Declaro, para todos os fins, que recebi e li as Condições Gerais do Seguro de Acidentes Pessoais, tomando ciência do seu inteiro teor, não tendo dúvidas sobre suas cláusulas, inclusive dos riscos ou evento excluídos da Cobertura do Seguro, tendo ciência de que as mesmas se encontram disponíveis no site da Seguradora em <https://www.safra.com.br/servicos/pessoa-fisica/seguros.htm>, e concordo que todas as informações e correspondências relacionadas a este Seguro sejam enviadas apenas por vias digitais, e-mail e/ou mensagens de texto durante sua vigência. Declaro, para os devidos fins e efeitos, que as informações prestadas no momento da contratação são verdadeiras e completas, estou ciente que, de acordo com o artigo 766 do Novo Código Civil Brasileiro (Lei nº 10.406, de 10.01.2002), se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou na taxa do Prêmio, eu e/ou meu(s) Beneficiário(s) perderei(emos) o direito à indenização do Seguro. Tal responsabilidade se estende inclusive ao cumprimento da Cláusula de Elegibilidade que limita a idade mínima e máxima do Segurado para contratação deste Seguro. A aceitação estará sujeita a análise de risco, dentro do prazo legal. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP – Superintendência de Seguros Privados. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros e da Seguradora, no site www.susep.gov.br por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Em caso de Sinistro, estou ciente da obrigatoriedade do acionamento e envio dos documentos pertinentes à SEGURADORA para fins de pagamento da Indenização aos Beneficiários, na ocorrência de Evento Coberto previsto no Certificado. Autorizo a verificação dos documentos médicos referente a meu tratamento em hospitais, clínicas, ambulatórios, consultórios e/ou qualquer outra entidade médica. Declaro, que tive acesso prévio as regras de tratamento de dados pessoais previstas na Política de Privacidade, disponível através do Portal da Privacidade (<https://www.safra.com.br/sobre/portal-da-privacidade-e-lgpd.htm>), mesmo local onde são disponibilizadas informações sobre como exercer os direitos a mim garantidos pela Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/2018); tenho ciência de que serão compartilhados dados pessoais entre as Organizações citadas nesse documento, como com a SUSEP – Superintendência de Seguros Privados por questões regulatórias e operacionais do Produto.

O controlador do Safra Vida e Previdência S.A. possui participação indireta superior a 10% nos direitos de voto e no Capital Social da Maitaca Corretora de Seguros Sociedade Unipessoal Ltda.

A CONTRATAÇÃO DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS NÃO É OBRIGATÓRIA, SENDO FACULTADO AO SEGURADO O SEU CANCELAMENTO A QUALQUER TEMPO, PODENDO O CLIENTE ADQUIRIR QUALQUER BEM OU SERVIÇO INDEPENDENTEMENTE DA CONTRATAÇÃO DESTES SEGUROS.

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES E OBSERVAÇÕES:

- Esta Proposta de Adesão comprova a inclusão do PROPONENTE na Apólice, e serve como prova de adesão e de sua inclusão no Seguro Prestamista/Seguro de Acidentes Pessoais (conforme aplicável) contratado pelo ESTIPULANTE, assegurando-lhe todos os direitos decorrentes do Contrato de Seguro e previstos na legislação vigente.
- As Condições Gerais completas de seu Seguro encontram-se disponíveis para consulta no site indicado no preâmbulo.
- **Importante:** As Coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente do Seguro Prestamista e as Coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente do Seguro de Acidentes Pessoais, não prevê carência, exceto a Carência de 24 (vinte e quatro) meses, por força de disposição de lei (artigo 798 do Código Civil), em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo Segurado.
- As informações acima foram fornecidas pelo PROPONENTE (mesmo que não preenchidas de próprio punho) e são levadas em consideração pela SEGURADORA para o cálculo do Prêmio de Seguro para possível aceitação do Risco. Em razão disso, se o PROPONENTE fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influenciar na Aceitação desta Proposta ou no valor do Prêmio, perderá o direito à Indenização, além de estar obrigado ao pagamento do Prêmio vencido.
- O limite de idade para contratação do Seguro é de, no mínimo 18 (dezoito) anos e, no máximo 70 (setenta) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias.
- A Aceitação do Seguro está sujeita à análise do Risco, dentro do prazo legal.
- A presente Proposta de Seguro, juntamente com as Condições Gerais e Condições Especiais da Apólice, são partes integrantes do Contrato de Seguro, sendo as informações ora prestadas, fundamentais para a precificação e subscrição do Risco.
- A Cobertura do Seguro Prestamista tem início a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data indicada na Proposta como início da vigência e cessa às 24 (vinte e quatro) horas da data indicada como final de Vigência.
- **A contratação do Seguro Prestamista é opcional e não obrigatória, sendo facultado ao Segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do Prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver, caso o Segurado tenha optado pela não contratação do Seguro de Acidentes Pessoais ou não seja elegível, conforme regras, à contratação do Seguro de Acidentes Pessoais. Da mesma forma, a contratação da Obrigação não está condicionada à contratação do Seguro.**
- **A contratação do Seguro de Acidentes Pessoais é opcional e não obrigatória, sendo facultado ao Segurado caso seja efetivamente contratado, o seu cancelamento a qualquer tempo, com a devolução do Valor Residual do Seguro Acidentes Pessoais, se houver.**
- Em caso de liquidação antecipada da Obrigação, o Seguro Prestamista estará automaticamente cancelado, devendo a Seguradora ser formalmente comunicada pelo Contratante, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do Prêmio pago referente ao período a decorrer. A devolução a que se refere este item não será aplicável na hipótese de (i) contratação do Seguro de Acidentes Pessoais pelo Segurado e (ii) o Segurado ter sido classificado como elegível para tanto, conforme regras aplicáveis à contratação do Seguro de Acidentes Pessoais,
- A modalidade do Capital Segurado é a Vinculada, ou seja, o Capital Segurado é igual ao valor da Obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste, e não prevê renovação.

O valor do prêmio de Seguro Prestamista é financiado junto ao Credor, incluído no valor total da dívida.

O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP - Superintendência de Seguros Privados a sua comercialização. A situação cadastral do Corretor de Seguros e da Seguradora poderá ser consultada no site www.susep.gov.br por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

As Condições contratuais/regulamento destes Produtos encontram-se registradas na SUSEP de acordo com o número de Processo Susep constante da Apólice/Proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br. Reclamações poderão ser registradas através do link www.consumidor.gov.br. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco. Em atendimento à Lei 12.741/12 informamos que incidem as alíquotas de 0,65% (zero vírgula sessenta e cinco por cento) de PIS/PASEP e de 4% (quatro por cento) de COFINS sobre os Prêmios de Seguros contribuições a planos de caráter previdenciário/os pagamentos destinados a plano de Capitalização, deduzidos do estabelecido em legislação específica". A FRAUDE CONTRA SEGUROS É CRIME DENUNCIE (21) 2253-1177 OU 181 – www.fenaseg.org.br. Atendimento SUSEP: 0800 021 8484 – Dias úteis das 9:30 às 17:00hs.

- **O PROPONENTE aceita e reconhece a assinatura eletrônica, mediante a utilização de senha transacional e token, como forma legítima e suficiente para comprovação de sua identidade e validade de suas declarações de vontade na presente Proposta em conformidade com a MP 2200-2/2001, em especial o §2º do artigo 10.**

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE:

Declaro para todos os fins e efeitos legais que: **1)** Estou em perfeitas condições de saúde e em plena atividade profissional; **2)** Não tenho nenhuma deficiência de órgãos, membros ou sentidos; **3)** não sofri nos últimos três anos nenhuma moléstia que tenha me obrigado a consultar médicos, hospitalizar-me ou submeter à intervenção cirúrgica; **4)** Nunca fui e não sou portador de: diabetes, tumores de qualquer natureza (benignos ou malignos); hipertensão; derrame; doenças de coração; doenças relacionadas ao sangue, pulmões, rins, bexiga, próstata, órgãos reprodutores, fígado, vesícula biliar, esôfago, intestinos, cérebro, sistema nervoso, tireoide, pele, músculos, ossos, articulações ou coluna vertebral, doença do tecido conjuntivo ou autoimune; **5)** Não sou tripulante, profissional ou amador, de qualquer tipo de aeronave; **6)** Não sou praticante de esportes aéreos ou subaquáticos; **7)** Não sou piloto, automobilístico ou motociclístico, de competições ou provas.

Assinado por Biometria Facial Safra Financeira em 17/04/2026

EMITENTE: e7e7ceb62b71090b3c15f716f3c75db11222ee9c90a9b4a3a0601da7566a51e2

CEARA , 17 de Abril de 2026 .

WhatsApp Safra Financeira: (11) 2650-9999. Assistente Virtual 24h. Fale com um de nossos especialistas de 2ª a 6ª feira, das 8h às 19h, exceto feriados. **Central de Atendimento Safra:** 0300 151 1234 - Atendimento personalizado de 2ª a 6ª feira, das 8h às 19h, exceto feriados. **SAC – Serviço de Atendimento ao Consumidor/Proteção de Dados:** 0800 772 5755. **Atendimento aos Portadores de Necessidades Especiais Auditivas e de Fala:** 0800 772 4136. Atendimento 24h por dia, 7 dias por semana. **Ouvidoria (caso já tenha recorrido ao SAC e não esteja satisfeito):** 0800 770 1236. **Atendimento aos Portadores de Necessidades Especiais Auditivas e de Fala:** 0800 727 7555 - WhatsApp: (11) 2650-9909 e Chat: www.safra.com.br/atendimento/ouvidoria.htm De 2ª a 6ª feira, das 9h às 18h, exceto feriados. Ou para o formulário eletrônico disponível 24 horas acesse: safra.com.br/atendimento/ouvidoria.htm.

REGISTRO DA OPERAÇÃO		
Usuário: CLENILTON DA SILVA MOREIRA		
Data: 17/04/2026	Hora: 12:32	Canal: Digital
Código de Registro da Transação: e7e7ceb62b71090b3c15f716f3c75db11222ee9c90a9b4a3a0601da7566a51e2		

I – DADOS DO SEGURADO

Nome: CLENILTON DA SILVA MOREIRA

Nome Social:

CPF: 620.433.153-15

II – ESTIPULANTE

Razão Social: SAFRA CFI S.A.

CNPJ: 045.437.547/0001-97

Endereço: AV PAULISTA N.2150

III – SEGURADORA

Razão Social: Safra Seguros Gerais S.A.

CNPJ: 06.109.373/0001-81 SUSEP: 01627

Endereço: Av. Paulista nº2.100 – Bela Vista – São Paulo - SP

Site: [a.com.br/seguros">www.safra.com.br/seguros](http://www.safr<span style=)

IV – CORRETORA DE SEGUROS

Razão Social: Maitaca Corretora de Segs. Soc. Unipessoal Ltda.

CNPJ: 040.066.873/0001-11 SUSEP: 212130217

V - DADOS DO SEGURO

Processo Susep: 15414.622063/2024-11

Proposta: A003L5JZ

Cobertura: Parcela Protegida

Placa: SKW1B68

Ramo e Código do Seguro: 4171

Vigência: 07/04/2026 até 07/04/2030

Prêmio de Seguro: R\$ 2.100,00

Prêmio Único Total: R\$ 2.100,00

Prêmio Líquido: R\$ 1.955,67

IOF: R\$ 144,33

Pagamento: ☐ à vista ☒ financiado

Comissão de Corretagem: 15%

Pró-labore: 47,62%

Coberturas	Bens Cobertos	Franquia	Limite Máximo de Indenização (LMI)
Parcela Protegida	Parcelas do Financiamento do Veículo	Não Há	É o valor a ser pago ao Beneficiário em caso de Roubo ou Furto Qualificado do Veículo de até 4 (quatro) parcelas do financiamento do veículo, limitado à R\$ 4.000,00

OBJETIVO DO SEGURO: O presente Seguro tem por objetivo indenizar até o Limite Máximo de Indenização contratado para esta cobertura, o valor correspondente até 4 (quatro) parcelas do financiamento, em decorrência de roubo ou furto do veículo. **RISCOS EXCLUÍDOS:** Juros moratórios e multas decorrentes de pagamentos de parcelas do financiamento/arrendamento em atraso; Quaisquer tarifas de serviços das companhias financeiras, tais como, aditamento contratual, fornecimento de atestados, segunda via de documentos e coleta e entrega de documentos; Despesas de cobrança, custas processuais e/ou honorários advocatícios; Além das exclusões da Cláusula 14 – RISCOS EXCLUÍDOS / PREJUÍZOS NÃO INDENIZÁVEIS das Condições Gerais. **DECLARAÇÃO DO SEGURADO:** Declaro, para todos os fins, que desejo contratar o Seguro Parcela Protegida Safra objeto da presente Proposta e que tenho conhecimento que a finalidade do Seguro é garantir uma indenização em caso de Eventos Cobertos previstos pela Cobertura contratada. Pela contratação do Seguro, declaro estar ciente de que me é exigido o valor do Prêmio indicado acima. Com relação ao Prêmio, estou ciente que poderá ser pago à vista ou custeado através de parcelamento do prêmio, conforme número de parcelas descrito nesta Proposta de Adesão do Seguro, e que a falta de pagamento do Prêmio do Seguro até a data do vencimento indicada no documento de cobrança implicará no cancelamento imediato e automático da Cobertura do Seguro, não havendo direito ao recebimento, de qualquer Indenização em caso de Sinistro. Comprometo-me a pagá-lo à Seguradora, por intermédio do Estipulante, podendo esse custo, a meu critério, ser financiado com o Estipulante. Ainda, declaro ter concordado com os termos das Condições Gerais e Condições Especiais do Seguro Parcela Protegida Safra que me foram previamente apresentados, tendo pleno conhecimento de todos os seus Riscos Excluídos. Declaro ainda que as informações por mim prestadas, e que integram esta Proposta, correspondem com a verdade. Estou plenamente ciente e de acordo que perderei direito à Indenização decorrente do presente Seguro e ainda pagarei pelos Prêmios vencidos, caso tenha ocorrido omissão de informações que possa ter influenciado na aceitação da Proposta, valor do Capital e/ou renda ou na taxa do Prêmio, conforme previsto no artigo 766 do Código Civil. Em caso de Sinistro, estou ciente da obrigatoriedade do acionamento e envio dos documentos pertinentes à Seguradora para fins de pagamento da Indenização. Declaro que (i) tive acesso prévio as regras de tratamento de dados pessoais previstas na Política de Privacidade, disponível através do Portal da Privacidade ([a.com.br/sobre/portal-da-privacidade-e-lgpd.htm">https://www.safra.com.br/sobre/portal-da-privacidade-e-lgpd.htm](https://www.safr<span style=)), mesmo local onde são disponibilizadas informações sobre como exercer os direitos a mim garantidos pela Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/2018); (ii) tenho ciência de que serão compartilhados dados pessoais entre as Organizações citadas nesse documento, bem como com a SUSEP - Superintendência de Seguros Privados por questões regulatórias e operacionais do Produto. Concordo, ainda, que todas as informações relacionadas ao meu Seguro serão enviadas apenas por e-mail e/ou mensagens de texto durante sua vigência. **CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES E OBSERVAÇÕES:** Esta Proposta de Adesão comprova a inclusão do Segurado na Apólice, e serve como prova de adesão e de sua inclusão no Seguro Parcela Protegida contratado pelo Estipulante, assegurando-lhe todos os direitos decorrentes do Contrato de Seguro e previstos na legislação vigente. As Condições Gerais completas de seu Seguro encontram-se disponíveis para consulta no site indicado nesta Proposta. As informações acima foram fornecidas pelo Segurado (mesmo que não preenchidas de próprio punho) e são levadas em consideração pela Seguradora para possível aceitação do Risco. Em razão disso, se o SEGURADO fizer declarações inexatas ou omitir

circunstâncias que possam influenciar na Aceitação desta Proposta ou no valor do Prêmio, perderá o direito à Indenização, além de estar obrigado ao pagamento do Prêmio vencido. O limite de idade é de, no mínimo 18 (dezoito) anos e, no máximo 70 (setenta) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias. A Aceitação do Seguro está sujeita à análise do Risco, dentro do prazo legal. A presente Proposta de Seguro, juntamente com as Condições Gerais e Condições Especiais da Apólice, são partes integrantes do Contrato de Seguro, sendo as informações ora prestadas, fundamentais para a precificação e subscrição do Risco. O adiantamento do Prêmio de Seguro caracteriza-se como Cobertura Provisória, sendo facultado à Seguradora, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, recusá-la ou aceitá-la. A Vigência deste Seguro se inicia às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da Proposta ou pagamento do Prêmio (total ou 1º parcela), o que ocorrer primeiro. **A contratação do Seguro é opcional e não obrigatória, sendo facultado ao Segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do Prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.** O cancelamento do Seguro de Parcela Protegida SAFRA poderá ser realizado a qualquer momento, a pedido do Segurado por meio da área logada do site www.safrafinanceira.com.br, do Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC) ou pela Central de Atendimento. Após os 7 (sete) dias de arrependimento, a devolução do prêmio pago será proporcional mais emolumentos. Entende-se por Emolumentos o conjunto de despesas adicionais que a Seguradora cobra do Segurado, correspondente às parcelas de origem tributária e outros encargos a que está sujeito o Seguro. **Arrependimento Legal: O Segurado poderá desistir do Seguro Parcela Protegida SAFRA no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da data de emissão deste Certificado e exercerá seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, ou por meio da Central de Atendimento.** A Indenização relativa a este Seguro, ocorrerá no prazo de 30 (trinta) dias contados da entrega dos documentos básicos conforme disposto na cláusula “Documentos para Regulação de Sinistro” da Condição contratual do Produto. Aviso de Privacidade: A Seguradora realiza o tratamento de dados pessoais de pessoa natural observando as leis e regulamentações que regem a privacidade e a proteção de dados pessoais, e divulga as regras de tratamento em sua Política de Privacidade disponível neste estabelecimento e também no Portal da Privacidade Safra (<https://www.safra.com.br/sobre/portal-da-privacidade-lgpd.htm>). Para exercer os direitos previstos na Lei Geral de Proteção de Dados, utilize o canal SAC. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP - Superintendência de Seguros Privados a sua comercialização. A situação cadastral do Corretor de Seguros e da Seguradora poderá ser consultada no site www.susep.gov.br por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF. As Condições contratuais/regulamento deste Produto encontram-se registradas na SUSEP de acordo com o número de Processo Susep constante da Apólice/Proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br ou www.safra.com.br/seguros. Reclamações poderão ser registradas através do link www.consumidor.gov.br. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco. A FRAUDE CONTRA SEGUROS É CRIME DENUNCIE (21) 2253-1177 OU 181 – www.fenaseq.org.br. Atendimento SUSEP: 0800 021 8484 – Dias úteis das 9:30 às 17:00hs. **O SEGURADO aceita e reconhece a assinatura eletrônica, mediante a utilização de senha transacional e token, como forma legítima e suficiente para comprovação de sua identidade e validade de suas declarações de vontade na presente Proposta em conformidade com a MP 2200-2/2001, em especial o §2º do artigo 10.**

CE, 07 de Abr de 2026 .

Assinado por Biometria Facial Safra Financeira
EMITENTE: e7e7ceb62b71090b3c15f716f3c75db11222ee9c90a9b4a3a0601da7566a51e2

REGISTRO DA OPERAÇÃO		
Usuário: CLENILTON DA SILVA MOREIRA		
Data: 17/04/2026	Hora: 12:32	Canal: Digital
Código de Registro da Transação: e7e7ceb62b71090b3c15f716f3c75db11222ee9c90a9b4a3a0601da7566a51e2		

WhatsApp Safra Financeira: (11) 2650-9999. Assistente Virtual 24h. Fale com um de nossos especialistas de 2ª a 6ª feira, das 8h às 19h, exceto feriados. **Central de Atendimento Safra:** 0300 151 1234 - Atendimento personalizado de 2ª a 6ª feira, das 8h às 19h, exceto feriados. **SAC – Serviço de Atendimento ao Consumidor/Proteção de Dados:** 0800 772 5755. **Atendimento aos Portadores de Necessidades Especiais Auditivas e de Fala:** 0800 772 4136. Atendimento 24h por dia, 7 dias por semana. **Ouvidoria (caso já tenha recorrido ao SAC e não esteja satisfeito):** 0800 770 1236. **Atendimento aos Portadores de Necessidades Especiais Auditivas e de Fala:** 0800 727 7555 - WhatsApp: (11) 2650-9909 e Chat: www.safra.com.br/atendimento/ouvidoria.htm De 2ª a 6ª feira, das 9h às 18h, exceto feriados. Ou para o formulário eletrônico disponível 24 horas acesse: safra.com.br/atendimento/ouvidoria.htm.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento COMPROVANTE FORMALIZAÇÃO DIGITAL - SAFRA foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal de Assinaturas Banco Safra. Para verificar as assinaturas clique no link: <https://bancosafra.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/6FF0-7E15-2367-A093> ou vá até o site <https://bancosafra.portaldeassinaturas.com.br> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 6FF0-7E15-2367-A093



Hash do Documento

e7e7ceb62b71090b3c15f716f3c75db11222ee9c90a9b4a3a0601da7566a51e2

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 17/04/2026 é(são) :

- ☒ CLENILTON DA SILVA MOREIRA (CLENILTON DA SILVA MOREIRA) - em 17/04/2026
12:33 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica

Evidências

Nome: CLENILTON DA SILVA MOREIRA

Proposta: A003L5JZ

Contrato: 010370001 358923

Identificador (cpf): 62043315315

Geolocalização: Latitude: -3.7632037 Longitude: -38.4865518

Horário: 04/17/2026 15:21:13(UTC/GMT+0)

Hash da CET: 4b2a119acad22b54117946a6be50cf9135aa2d91ad7f15296bba46a31b832c26

Hash da Ficha Cadastral:

5d55a0dcb1d1f9b0fcd479469515c33d5e72aafb8633ea5400720b06fb81759

Hash do CCB: a09d19a0a63c0ee71e0ffda18cc2de662cda2a9eb715051db9ff02ee0ed054ac

Hash do seguro parcela protegida:

cd394a55be643648ca3c4ff0d417caa59112667a995722564b0bbd07cd5ead3

Hash do seguro bens protegidos auto:

2a233997eb56f93f88fd512f6696484c7e564c3b7702a11c52edfae3feb33f20

Hash do Termo de Avaliação do Veículo:

64146e4529953a94e16f99ea8500bb66100d983ce1875c44fc399e1c0438d826

Endereço IP do Cliente: 177.51.75.50

Hash da Selfie:

5519c3c50a866e9200970deab39940265ea2b7137a434ac94802b1210d16a47d

Hash do Doc. Id. Frente:

97dd739ab38957e464441556933dea99ca786d1ac150e278fdc0a31f8c2f7f79

Hash do Doc. Id. Verso:

b46a20cda86ecbc06a044126be22bc62678aac3356c81a8fe402013c65bfceb0

IP 189.38.114.70

Identificação: Por email: CLENILTON16@GMAIL.COM

Hash Evidências:

1A38A3D54B58436DE96013FBC5BD5F966FA43C5B6B3F985B68BB5B8C83267BDE

