



 3/96

Data Sorteio
Limite Lances
Assembleia

23/10 - 16h30
23/10 - 16h30



VEJA SUA CLASSIFICAÇÃO
003 - 25/09/2025



 Extrato

	003	17/09/2025	R\$ 739,43
	002	18/08/2025	R\$ 671,30
	001	17/07/2025	R\$ 671,84



Situação da Cota

COTA ATIVA

[ver detalhes →](#)

▶▶ Antecipar/Quitar



Extrato

003	17/09/2019
002	15/09/2019
001	14/09/2019

3/56

Situação da Cota

COTA ATIVA

ver detalhes →

Antecipar/Quitar

Meu Representante

Nome	Gnc Automotores Ltda
Telefone	(85) 3277-5000
Endereço	-

09:32 ✓✓

Bom dia 09:32 ✓✓

Pq q já aumentou tanto na terceira parcela?

09:32 ✓✓



0:10

09:33



0:31

09:34 ✓✓



Consórcio



FICHA

DE ADESAO

PESSOA FÍSICA

CONTRATO

002000713580

GRUPO

096404

COTA

0238

DATA DA VENDA

20/06/2025

NOME		CPF		GÊNERO		DATA DE NASCIMENTO	
WELLINGTON GONCALVES DOS SANTOS		027.001.263-00		Masculino		12/09/1981	
TIPO DE DOC	NÚMERO	ÓRGÃO EMISSOR		UF EMISSOR		DATA EMISSÃO	
RG	34396922000	SSP				18/11/2022	
ENDEREÇO		NÚMERO		COMPLEMENTO			
RUA SÃO JERÔNIMO		433		CASA			
BAIRRO		MUNICÍPIO		CEP		ESTADO	
JARDIM BANDEIRANTES		MARACANAÚ		61.934-080		CE	
CELULAR		TELEFONE COMERCIAL		E-MAIL			
85 99738-5750				wellington.ubermoto.br@gmail.com			
NACIONALIDADE	NATURALIDADE	UF	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL		PROFISSÃO	
BRASILEIRA	FORTALEZA	CE	Nenhum	SOLTEIRO		Motorista de transpor	
NOME DO COMPANHEIRO(A)		CPF DO COMPANHEIRO(A)		NOME DO PAI		NOME DA MÃE	
				JOAO GONCALVES DOS SANTOS		RITA CARNEIRO ARAUJO	
EMPRESA EM QUE TRABALHA		DATA DE ADMISSÃO		RENDA		PATRIMÔNIO TOTAL	
				R\$ 5.000,00		R\$ 0,01	
RESID. FISCAL NO EXT.		PAÍS DE RESIDÊNCIA FISCAL		NÚMERO DE ID. FISCAL			
Não		Brasil					

O Banco Central do Brasil considera como **Pessoas Politicamente Expostas (PEP)** os agentes públicos que desempenham (ou tenham desempenhado nos últimos 5 anos) cargos, empregos ou funções públicas relevantes.

A CLASSIFICAÇÃO TAMBÉM SE APLICA

- ☒ A quem desempenhou essas atividades em países, territórios e dependências estrangeiras; ☐ Aos representantes, familiares e outras pessoas de relacionamento próximo das PEPs

Tendo isso em mente, você declara:

- ☐ Sou Pessoa Politicamente Exposta. ☒ Não sou Pessoa Politicamente Exposta.

☐ Caso você possua relacionamento próximo com Pessoa Politicamente Exposta, solicitamos que informe os seguintes dados sobre ela:

NOME	CPF	TIPO DE RELACIONAMENTO
------	-----	------------------------

PRIVACIDADE E DADOS PESSOAIS

Seus dados pessoais serão utilizados pelo Consórcio Chevrolet sempre de acordo com a legislação, em especial a Lei Geral de Proteção de Dados. Esse uso se dará apenas para cumprir as finalidades desta contratação.

☐ Todos os dados pessoais, em especial a informação sobre PEP, poderão ser retidos após o encerramento do Contrato para cumprir obrigações legais, regulatórias ou judiciais. Essa retenção respeitará os prazos e disposições previstos na legislação.

☒ O Consórcio Chevrolet poderá compartilhar seus dados com empresas dos Grupos GM/GMF, no Brasil e no exterior.

Para saber mais, acesse nossa Política de Privacidade:

<https://www.consorciochevrolet.com.br> | Segurança e privacidade



Consórcio

DADOS
DO GRUPO

GRUPO	COTA	PRAZO GRUPO	PRAZO CONTRATO
096404	0238	96	96
COMISSIONADO			
G59 - GNC AUTOMOTORES LTDA			
TIPO DE VENDA		Nº MÁX. PARTICIPANTES	PONTO DEVENDA
NACIONAL		999	000249 - GNC
TAXA DE ADMINISTRAÇÃO		TAXA DE ADM. ANTECIPADA	TAXA DE ADM. DIFERENCIADA
23,0000%		SIM - 9,5000%	SIM
VALOR CRÉD. DIFERENCIADO		TAXA DE FUNDO DE RESERVA	% SEGURO DEVIDA
SIM		4,5000%	0,0880%
VEÍCULO OBJETO DO PLANO	VALOR DO VEÍC. NESTA DATA	REGULAMENTAÇÃO	LOCAL DA ASSEMBLEIA
60% ONIX 1.0 - MAIS FÁCIL	R\$ 56.940,00	Resolução 285	AVENIDA DAS NAÇÕES L
		PLANO DE VENDA	DATA DA VENDA
		MAIS FÁCIL 96M 999P LF	20/06/2025

OBRIGAÇÕES FINANCEIRAS

COMPOSIÇÃO DO VALOR DA 1ª PARCELA

	SEGURO PRESTAMISTA	FUNDO COMUM	TAXA DE ADMINISTRAÇÃO	TAXA DE ADM. ANTECIPADA	FUNDO DE RESERVA	VALOR TOTAL
R\$	63,89	130,45	0,0	450,80	26,70	671,84
%	0,112200	0,2291	0,0000	0,7917	0,0469	1,1799

D Ao assinar este Contrato, você formaliza sua adesão ao Grupo de consórcio indicado acima.

Você declara que teve acesso ao Contrato de Adesão, disponível em www.consorciochevrolet.com.br, leu e concorda com todas as suas disposições. Você só poderá utilizar o Crédito após contemplação no consórcio e aprovação em análise de crédito pelo Consórcio Chevrolet.

- ☐ Concordo com o compartilhamento de meus dados pessoais com empresas integrantes do Grupo GM/GMF, empresas parceiras do Consórcio Chevrolet e com a rede de concessionárias Chevrolet, para que possam me enviar informações e campanhas promocionais.
- ☐ Conforme previsto no Contrato de Adesão, concordo com o compartilhamento de meu nome e endereço com os consorciados do meu Grupo que tenham direito a voto.
- ☐ Aceito ser representante do grupo e estou ciente dos meus direitos e deveres como representante caso seja eleito(a).
- ☐ Comprometo-me a manter as informações cadastrais aqui declaradas atualizadas, até o encerramento do Grupo, inclusive se for excluído do Grupo de Consórcio, em especial as relativas a endereço, número de telefone e conta de depósitos ou conta de pagamento, se a possuir, ou à chave Pix correspondente a essas contas.
- ☐ Concordo com o débito das parcelas mensais em minha conta corrente, caso o processo esteja disponível pelo Consórcio Chevrolet.
- ☐ Autorizo o Consórcio Chevrolet a realizar depósitos em minha conta no decorrer do Contrato, incluindo valores ainda não devolvidos, se houver, na ocasião do encerramento do grupo.
- ☐ Não possuo conta bancária ou não desejo informá-la para as finalidades mencionadas.

BANK CONTAS PARA DEVOLUÇÃO

BANCO

AGÊNCIA

CONTA CORRENTE

DADOS PARA PIX

- ① O Consórcio Chevrolet não utiliza plataformas como Mercado Pago e/ou PagSeguro. Antes de pagar qualquer valor por meio de boleto bancário, confira se o beneficiário é o GMAC ADMINISTRADORA DE CONSÓRCIOS LTDA - CNPJ 49.937.055/0001-11

Você declara que as informações que forneceu são verdadeiras, e que possui plenas condições financeiras para adesão à Cota de consórcio.

X Wellington Gonçalves dos Santos

VOCÊ (CONSORCIADO)

DATA: 20/06/2025

www.consorciochevrolet.com.br
faleconosco.consorcio@central.gmfinancial.com

Central de Relacionamento com o Cliente
0800 728 0613 Atendimento Eletrônico 24h

SAC
0800 721 5394
Ouvidoria
0800 722 6022

Deficientes Auditivos
0800 727 0640
Whatsapp
0800 728 0613

Saiba mais sobre:

Como evitar fraudes:
consorciochevrolet.com.br/pt-br/consorcio/alerta-fraude

Vida financeira organizada:
<https://www.chevroletf.com.br/pt-br/inicio/direja-seu-dinheiro.html>
chevroletf.com.br/pt-br/inicio/guia-de-credito-consciente

PROPOSTA DE ADESAO AO SEGURO PRESTAMISTA
NÚMERO DO PROCESSO SUSEP: 15414.002696/2011-85



SEGURADORA: MAPFRE SEGUROS GERAIS – CNPJ 61.074.175/0001-38

Avenida das Nações Unidas 14.261 – Ala A 29º andar, Vila Gertrudes – São Paulo / SP

Estipulante/Credor		CNPJ		
GMAC Administradora de Consórcios Ltda		49.937.055/0001-11		
Vigência da Apólice de Seguro		Capital Segurado (cobertura)	Valor do Prêmio	
Início 01/11/2023	Fim 31/10/2025	Vinculado (saldo devedor)	Será calculado sobre o Capital Segurado	
Segurado/Nome		CPF/CNPJ	Data Nasc	
WELLINGTON GONCALVES DOS SANTOS		027.001.263-00	12/09/1981	
Nome Social				
Documento	Órgão Expedidor	Data da Expedição	DDD	Telefone
34396922000	SSP	18/11/2022		997385750
Endereço	Bairro	Cidade	UF	CEP
RUA SÃO JERÔNIMO	JARDIM BANDEIRANTES	MARACANAÚ	CE	61.934-080
Profissão	Faixa de Renda Mensal	PEP		
Motorista de transporte de passageiros	R\$ 5.000,00	Sim X Não		
Identificação: Grupo/Cota ou Número do Contrato		Coberturas		
002000713580		Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente		
Corretora		Remuneração da corretora		
GM Corretora de Seguros LTDA		65%		

OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um capital segurado ou saldo devedor ao estipulante, relacionado à dívida contraída pelo segurado, caso ocorra a morte e/ou invalidez total por acidente do segurado, de acordo com as condições contratuais, desde que o evento não se enquadre como risco excluído da cobertura securitária.

BENEFICIÁRIO

Credor/Estipulante, nos termos da regulamentação em vigor.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Autorizo a Estipulante a incluir meu nome na apólice de Seguro Prestamista contratado junto a MAPFRE Seguros Gerais S/A (Seguradora) situada à Avenida das Nações Unidas, 14.261 Ala A 29º Andar, Vila Gertrudes, CEP 04794-000, São Paulo/SP, CNPJ 61.074.175/0001-38, a quem concedo o direito de agir em meu nome, no cumprimento ou alteração de todas as Cláusulas e Condições Gerais e Especiais da referida apólice, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato ser encaminhado diretamente ao Estipulante que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação. Entretanto, fica ressalvado que os poderes de representação ora outorgados, não lhe darão o direito de cancelar o seguro sem o meu consentimento expresso, enquanto o pagamento do prêmio for de minha responsabilidade. **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 cancelamento por perda de objeto a Seguradora deverá ser comunicada formalmente.**

Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme dispuserem as condições gerais.

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. O início de cobertura deste seguro terá início às 24 (vinte e quatro) horas do dia da primeira assembleia, desde que a proposta de adesão tenha sido assinada e tenha sido aceita pela Seguradora e vigorará até o fim de vigência da apólice, mediante pagamentos consecutivos e ininterruptos dos prêmios do seguro.

A cobrança do prêmio de seguro só poderá ser feita com a prévia autorização do Segurado, seja por boleto, débito em conta, cartão de crédito ou folha de pagamento.

PREFEITURA DE MARACANAÚ
15
a

PROPOSTA DE ADEÇÃO AO SEGURO PRESTAMISTA
NÚMERO DO PROCESSO SUSEP: 15414.002696/2011-85

Nos casos de cota de consórcio em nome de duas ou mais pessoas físicas, a indenização será proporcional ao número de titulares da cota, observando-se as restrições de adesão na apólice de seguro. Se por qualquer motivo um dos titulares da cota de consórcio estiver impedido de ingressar na apólice, o percentual de cobertura a ele correspondente será transferido aos demais participantes que satisfaçam as condições contratuais.

Para os casos de contratação por pessoa jurídica, serão aceitos como Segurados os seus sócios, titulares, instituidores, administradores ou empresários, constantes no contrato social, na data da adesão ao seguro, desde que estejam em condições normais de saúde e atenda os demais critérios de aceitação estabelecidos pela Seguradora, além de:

- a) Deverá ser informado no momento da contratação do seguro as datas de nascimento de todos os sócios;
- b) Serão considerados somente os sócios com participação no capital social da empresa na data de adesão e a indenização será feita na mesma proporção de participação de cada sócio no capital social da empresa e desde que atenda as condições contratuais
- c) Caso um dos sócios não atenda aos requisitos das condições contratuais, a Seguradora ficará isenta do pagamento da indenização de sua cota parte

A Seguradora se reserva no direito de negar a indenização, em caso de evento por morte, decorrente de má-fé e/ou doença pré-existente não declarada quando da assinatura deste documento.

Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, 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 protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.

Para efeito de aplicação do art. 766 do Código Civil, declaro que não tenho conhecimento de ser portador de quaisquer doenças ou lesões relevantes que exijam tratamento médico e que não estou afastado de minhas atividades habituais por motivo de saúde.

Estou ciente que estão expressamente excluídos de todas as garantias deste seguro, e, portanto, a seguradora não indenizará, os eventos ocorridos em consequência de doenças, lesões e sequelas preexistentes à minha inclusão no seguro prestamista.

Declaro que tomei ciência dos termos das Condições Contratuais do Seguro prestamista, bem como de todas as coberturas, hipóteses de exclusão de cobertura e riscos excluídos do seguro, e sobre elas não tenho quaisquer dúvidas ou ressalvas. Concordo em que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do contrato de seguro a ser 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 ofensa ao dever de sigilo profissional.

DECLARO QUE TIVE CONHECIMENTO DAS CONDIÇÕES GERAIS E EXPRESSO MINHA CONCORDÂNCIA COM A CONTRATAÇÃO DO SEGURO PRESTAMISTA.

Local e Data	Assinatura do Segurado
MARACANAÚ, 20 de Junho de 2025	Wellington Gonçalves dos Santos



Consórcio



FICHA

DE ADESAO

PESSOA FÍSICA

CONTRATO

002000713577

GRUPO

096404

COTA

0700

DATA DA VENDA

20/06/2025

NOME		CPF		GÊNERO		DATA DE NASCIMENTO	
WELLINGTON GONCALVES DOS SANTOS		027.001.263-00		Masculino		12/09/1981	
TIPO DE DOC	NÚMERO	ÓRGÃO EMISSOR		UF EMISSOR		DATA EMISSÃO	
RG	34396922000	SSP				18/11/2022	
ENDEREÇO		NÚMERO		COMPLEMENTO			
RUA SÃO JERÔNIMO		433		CASA			
BAIRRO		MUNICÍPIO		CEP		ESTADO	
JARDIM BANDEIRANTES		MARACANAÚ		61.934-080		CE	
CELULAR		TELEFONE COMERCIAL		E-MAIL			
85 99738-5750				wellington.ubermoto.br@gmail.com			
NACIONALIDADE	NATURALIDADE	UF	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL		PROFISSÃO	
BRASILEIRA	FORTALEZA	CE	Nenhum	SOLTEIRO		Motorista de transpor	
NOME DO COMPANHEIRO(A)		CPF DO COMPANHEIRO(A)		NOME DO PAI		NOME DA MÃE	
				JOAO GONCALVES DOS SANTOS		RITA CARNEIRO ARAUJO	
EMPRESA EM QUE TRABALHA		DATA DE ADMISSÃO		RENDA		PATRIMÔNIO TOTAL	
				R\$ 5.000,00		R\$ 0,01	
RESID. FISCAL NO EXT.		PAÍS DE RESIDÊNCIA FISCAL		NÚMERO DE ID. FISCAL			
Não		Brasil					

O Banco Central do Brasil considera como **Pessoas Politicamente Expostas (PEP)** os agentes públicos que desempenham (ou tenham desempenhado nos últimos 5 anos) cargos, empregos ou funções públicas relevantes.

A CLASSIFICAÇÃO TAMBÉM SE APLICA

☐ A quem desempenhou essas atividades em países, territórios e dependências estrangeiras; ☐ Aos representantes, familiares e outras pessoas de relacionamento próximo das PEPs

Tendo isso em mente, você declara:

☐ Sou Pessoa Politicamente Exposta. ☒ Não sou Pessoa Politicamente Exposta.

☐ Caso você possua relacionamento próximo com Pessoa Politicamente Exposta, solicitamos que informe os seguintes dados sobre ela:

NOME	CPF	TIPO DE RELACIONAMENTO

PRIVACIDADE E DADOS PESSOAIS

Seus dados pessoais serão utilizados pelo Consórcio Chevrolet sempre de acordo com a legislação, em especial a Lei Geral de Proteção de Dados. Esse uso se dará apenas para cumprir as finalidades desta contratação.

☐ Todos os dados pessoais, em especial a informação sobre PEP, poderão ser retidos após o encerramento do Contrato para cumprir obrigações legais, regulatórias ou judiciais. Essa retenção respeitará os prazos e disposições previstos na legislação.

☒ O Consórcio Chevrolet poderá compartilhar seus dados com empresas dos Grupos GM/GMF, no Brasil e no exterior.

Para saber mais, acesse nossa Política de Privacidade:

<https://www.consorciochevrolet.com.br> | Segurança e privacidade



Consórcio

DADOS
DO GRUPO

GRUPO	COTA	PRAZO GRUPO	PRAZO CONTRATO
096404	0700	96	96

COMISSIONADO G59 - GNC AUTOMOTORES LTDA		Nº MÁX. PARTICIPANTES 999		PONTO DEVENDA 000249 - GNC	
TIPO DE VENDA NACIONAL		TAXA DE ADMINISTRAÇÃO 23,0000%		TAXA DE ADM. ANTECIPADA SIM - 9,5000%	
VALOR CRÉD. DIFERENCIADO SIM		TAXA DE FUNDO DE RESERVA 4,5000%		TAXA DE ADM. DIFERENCIADA SIM	
VEÍCULO OBJETO DO PLANO 60% ONIX 1.0 - MAIS FACIL		REGULAMENTAÇÃO Resolução 285		% SEGURO DEVIDA 0,0880%	
VALOR DO VEÍC. NESTA DATA R\$ 56.940,00		LOCAL DA ASSEMBLEIA AVENIDA DAS NAÇÕES L		PLANO DE VENDA MAIS FACIL 96M 999P LF	
				DATA DA VENDA 20/06/2025	

OBRIGAÇÕES FINANCEIRAS

COMPOSIÇÃO DO VALOR DA 1ª PARCELA

	SEGURO PRESTAMISTA	FUNDO COMUM	TAXA DE ADMINISTRAÇÃO	TAXA DE ADM. ANTECIPADA	FUNDO DE RESERVA	VALOR TOTAL
R\$	63,89	130,45	0,0	450,80	26,70	671,84
%	0,112200	0,2291	0,0000	0,7917	0,0469	1,1799

Ao assinar este Contrato, você formaliza sua adesão ao Grupo de consórcio indicado acima.

Você declara que teve acesso ao Contrato de Adesão, disponível em www.consorciochevrolet.com.br, leu e concorda com todas as suas disposições. Você só poderá utilizar o Crédito após contemplação no consórcio e aprovação em análise de crédito pelo Consórcio Chevrolet.

- ☐ Concordo com o compartilhamento de meus dados pessoais com empresas integrantes do Grupo GM/GMF, empresas parceiras do Consórcio Chevrolet e com a rede de concessionárias Chevrolet, para que possam me enviar informações e campanhas promocionais.
- ☐ Conforme previsto no Contrato de Adesão, concordo com o compartilhamento de meu nome e endereço com os consorciados do meu Grupo que tenham direito a voto.
- ☐ Aceito ser representante do grupo e estou ciente dos meus direitos e deveres como representante caso seja eleito(a).
- ☐ Comprometo-me a manter as informações cadastrais aqui declaradas atualizadas, até o encerramento do Grupo, inclusive se for excluído do Grupo de Consórcio, em especial as relativas a endereço, número de telefone e conta de depósitos ou conta de pagamento, se a possuir, ou à chave Pix correspondente a essas contas.
- ☐ Concordo com o débito das parcelas mensais em minha conta corrente, caso o processo esteja disponível pelo Consórcio Chevrolet.
- ☐ Autorizo o Consórcio Chevrolet a realizar depósitos em minha conta no decorrer do Contrato, incluindo valores ainda não devolvidos, se houver, na ocasião do encerramento do grupo.
- ☐ Não possuo conta bancária ou não desejo informá-la para as finalidades mencionadas.

CONTA PARA DEVOLUÇÃO

BANCO

AGÊNCIA

CONTA CORRENTE

DADOS PARA PIX

- ① O Consórcio Chevrolet não utiliza plataformas como Mercado Pago e/ou PagSeguro. Antes de pagar qualquer valor por meio de boleto bancário, confira se o beneficiário é o GMAC ADMINISTRADORA DE CONSÓRCIOS LTDA - CNPJ 49.937.055/0001-11

Você declara que as informações que forneceu são verdadeiras, e que possui plenas condições financeiras para adesão à Cota de consórcio.

Wellington Campos Bot Santos

VOCE (CONSORCIADO)

DATA: 20/06/2025

www.consorciochevrolet.com.br
faleconosco.consorcio@central.gmfinancal.com

Central de Relacionamento com o Cliente
0800 728 0613 Atendimento Eletrônico 24h

SAC
0800 721 5394
Ouvidoria
0800 722 6022

Deficientes Auditivos
0800 727 0640
Whatsapp
0800 728 0613

Saiba mais sobre:

Como evitar fraudes:
consorciochevrolet.com.br/pt-br/consorcio/alerta-fraude

Vida financeira organizada:
<https://www.chevrolet.com.br/pt-br/inicio/dirija-seu-dinheiro.html>
chevrolet.com.br/pt-br/inicio/guia-de-credito-consciente

PROPOSTA DE ADESÃO AO SEGURO PRESTAMISTA
NÚMERO DO PROCESSO SUSEP: 15414.002696/2011-85



SEGURADORA: MAPFRE SEGUROS GERAIS – CNPJ 61.074.175/0001-38

Avenida das Nações Unidas 14.261 – Ala A 29º andar, Vila Gertrudes – São Paulo / SP

Estipulante/Credor		CNPJ		
GMAC Administradora de Consórcios Ltda		49.937.055/0001-11		
Vigência da Apólice de Seguro		Capital Segurado (cobertura)	Valor do Prêmio	
Início 01/11/2023	Fim 31/10/2025	Vinculado (saldo devedor)	Será calculado sobre o Capital Segurado	
Segurado/Nome		CPF/CNPJ	Data Nasc	
WELLINGTON GONCALVES DOS SANTOS		027.001.263-00	12/09/1981	
Nome Social				
Documento	Órgão Expedidor	Data da Expedição	DDD	Telefone
34396922000	SSP	18/11/2022		997385750
Endereço	Bairro	Cidade	UF	CEP
RUA SÃO JERÔNIMO	JARDIM BANDEIRANTES	MARACANAÚ	CE	61.934-080
Profissão	Faixa de Renda Mensal	PEP		
Motorista de transporte de passageiros	R\$ 5.000,00	Sim X Não		
Identificação: Grupo/Cota ou Número do Contrato		Coberturas		
002000713577		Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente		
Corretora		Remuneração da corretora		
GM Corretora de Seguros LTDA		65%		

OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um capital segurado ou saldo devedor ao estipulante, relacionado à dívida contraída pelo segurado, caso ocorra a morte e/ou invalidez total por acidente do segurado, de acordo com as condições contratuais, desde que o evento não se enquadre como risco excluído da cobertura securitária.

BENEFICIÁRIO

Credor/Estipulante, nos termos da regulamentação em vigor.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Autorizo a Estipulante a incluir meu nome na apólice de Seguro Prestamista contratado junto a MAPFRE Seguros Gerais S/A (Seguradora) situada à Avenida das Nações Unidas, 14.261 Ala A 29º Andar, Vila Gertrudes, CEP 04794-000, São Paulo/SP, CNPJ 61.074.175/0001-38, a quem concedo o direito de agir em meu nome, no cumprimento ou alteração de todas as Cláusulas e Condições Gerais e Especiais da referida apólice, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato ser encaminhado diretamente ao Estipulante que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação. Entretanto, fica ressalvado que os poderes de representação ora outorgados, não lhe darão o direito de cancelar o seguro sem o meu consentimento expresso, enquanto o pagamento do prêmio for de minha responsabilidade. **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 cancelamento por perda de objeto a Seguradora deverá ser comunicada formalmente.**

Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme dispuserem as condições gerais.

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. O início de cobertura deste seguro terá início às 24 (vinte e quatro) horas do dia da primeira assembleia, desde que a proposta de adesão tenha sido assinada e tenha sido aceita pela Seguradora e vigorará até o fim de vigência da apólice, mediante pagamentos consecutivos e ininterruptos dos prêmios do seguro.

A cobrança do prêmio de seguro só poderá ser feita com a prévia autorização do Segurado, seja por boleto, débito em conta, cartão de crédito ou folha de pagamento.

PROPOSTA DE ADESAO AO SEGURO PRESTAMISTA
NÚMERO DO PROCESSO SUSEP: 15414.002696/2011-85



Nos casos de cota de consórcio em nome de duas ou mais pessoas físicas, a indenização será proporcional ao número de titulares da cota, observando-se as restrições de adesão na apólice de seguro. Se por qualquer motivo um dos titulares da cota de consórcio estiver impedido de ingressar na apólice, o percentual de cobertura a ele correspondente será transferido aos demais participantes que satisfaçam as condições contratuais.

Para os casos de contratação por pessoa jurídica, serão aceitos como Segurados os seus sócios, titulares, instituidores, administradores ou empresários, constantes no contrato social, na data da adesão ao seguro, desde que estejam em condições normais de saúde e atenda os demais critérios de aceitação estabelecidos pela Seguradora, além de:

- Deverá ser informado no momento da contratação do seguro as datas de nascimento de todos os sócios;
- Serão considerados somente os sócios com participação no capital social da empresa na data de adesão e a indenização será feita na mesma proporção de participação de cada sócio no capital social da empresa e desde que atenda as condições contratuais
- Caso um dos sócios não atenda aos requisitos das condições contratuais, a Seguradora ficará isenta do pagamento da indenização de sua cota parte

A Seguradora se reserva no direito de negar a indenização, em caso de evento por morte, decorrente de má-fé e/ou doença pré-existente não declarada quando da assinatura deste documento.

Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, 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 protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.

Para efeito de aplicação do art. 766 do Código Civil, declaro que não tenho conhecimento de ser portador de quaisquer doenças ou lesões relevantes que exijam tratamento médico e que não estou afastado de minhas atividades habituais por motivo de saúde.

Estou ciente que estão expressamente excluídos de todas as garantias deste seguro, e, portanto, a seguradora não indenizará, os eventos ocorridos em consequência de doenças, lesões e sequelas preexistentes à minha inclusão no seguro prestamista.

Declaro que tomei ciência dos termos das Condições Contratuais do Seguro prestamista, bem como de todas as coberturas, hipóteses de exclusão de cobertura e riscos excluídos do seguro, e sobre elas não tenho quaisquer dúvidas ou ressalvas. Concorde em que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do contrato de seguro a ser 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 ofensa ao dever de sigilo profissional.

DECLARO QUE TIVE CONHECIMENTO DAS CONDIÇÕES GERAIS E EXPRESSO MINHA CONCORDÂNCIA COM A CONTRATAÇÃO DO SEGURO PRESTAMISTA.

Local e Data	Assinatura do Segurado
MARACANAÚ, 20 de Junho de 2025	<i>Wellington Gonçalves dos Santos</i>