

Orientação para Preenchimento de Formulários de Sinistro.

Prezado (a),

Por gentileza, preencher os formulários conforme dados abaixo:

Formulário - Aviso de Sinistro (Não é necessário Reconhecer Firma da Assinatura):

Nº da Certificado/ Apólice/ Proposta:
93.705.308

Declaração Médica por Doença/ Acidentes Pessoais:

- De acordo com **Resolução CFM nº. 2007/2013**, os médicos não são obrigados a preencherem esse formulário. Se ele preencher, favor **reconhecer firma da assinatura dele**. Caso o médico se recuse a preenchê-lo, por gentileza, fazer uma declaração informando que o médico se recusou a preencher o formulário devido à resolução, assinar e **reconhecer firma da sua assinatura**.

Declaração de Herdeiros Legais (É necessário Reconhecer Firma de Cada Assinatura):

Nº. do processo de Sinistro:	Nº da Certificado/ Apólice/ Proposta:
Deixar em Branco	93.705.308

- Todos os beneficiários preencham no mesmo formulário;

Declaração de Bens: (É necessário Reconhecer Firma da Assinatura):

- Informar todos os bens do segurado com data de aquisição;
- Todos os beneficiários preencham como declarantes;

Declaração de Residência (Não é necessário Reconhecer Firma da Assinatura):

- Caso não tenha comprovante de endereço (água, luz, telefone, gás) em seu nome. Favor preencher a declaração de residência e enviar junto ao comprovante de endereço em que reside.
- Se o segurado não possuir comprovante de endereço, fazer uma declaração de próprio punho informando o endereço que o segurado reside.

Autorização de pagamento Pessoa Física (Não é necessário Reconhecer Firma da Assinatura):

- Preencher opção Ordem de Pagamento ou Conta Corrente e informar os dados bancários. Lembramos que é aceita apenas **conta corrente**.
- Assinar conforme documento de identificação c/ foto (RG, RNE, CNH, etc)

Ficamos a disposição para qualquer esclarecimento adicional no telefone (11) 3147-5962
Whatsapp (11) 9 7168 5596.

E-mail para contato: seguros2@associacaosabesp.com.br

Atenciosamente,

Departamento de Seguros Associação Sabesp.

Documentos Necessários – Morte Natural - Segurado

- **Formulário Aviso de Sinistro** (*Não é necessário reconhecer firma da assinatura*);
- Cópia Autenticada da Certidão de Óbito do segurado/sinistrado;
- Cópia Autenticada da Certidão de Casamento, ou União Estável*, ou Certidão de Nascimento: com averbação de óbito do segurado;
- Cópia simples de documentos para comprovação de União Estável do companheiro (a) como dependente* (**Apenas se for União Estável**);
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF, ou CNH do segurado principal;
- Cópia simples do Comprovante de Residência do segurado principal, (água, luz, telefone, gás), expedido nos últimos 180 dias;
- **Declaração médica preenchida pelo médico assistente, com reconhecimento de firma em cartório.**
- Cópia simples da carteira de trabalho (Pág Foto, Pág Dados Pessoais e Pág. Registro na Empresa) ou ficha de registro do funcionario
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF, ou CNH dos beneficiários;
- Cópia simples do Comprovante de Residência dos beneficiários, (água, luz, telefone, gás), expedido nos últimos 180 dias;
- Cópia simples dos 3 (três) últimos holerites ou comprovante dos três últimos pagamentos do seguro
- Cópia simples da Certidão de Nascimento dos beneficiários (**para filhos menores de 16 anos**);
- **Declaração de Herdeiros Legais***, com reconhecimento de firma em cartório de cada assinatura. (São os herdeiros por força da lei: descendentes, ascendentes, cônjuge, companheiros e colaterais até o quarto grau*);
- **Formulário de Autorização de Pagamento** (*Não é necessário reconhecer firma da assinatura*); preencher individualmente.
- **Declaração de Bens (Firma Reconhecida de cada declarante)**

OBS. Em algumas situações poderá ser solicitado documentação adicional para finalização do processo.

Envie a documentação completa para o endereço da Associação Sabesp

Rua Treze de Maio, 1642 – Bela Vista – São Paulo/SP – Cep: 01327-002

A/C Área de Seguros

Documentos Necessários Auxílio Funeral

- **Formulário de Aviso de Sinistro** – (preenchido pelo responsável pelas despesas com funeral)
- Cópia simples da Certidão de Óbito do segurado/sinistrado;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do segurado principal;
- Cópia simples do Comprovante de Residência do segurado principal, expedido nos últimos 180 dias;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do responsável pelas despesas com funeral;
- Cópia do Comprovante de Residência do responsável pelas despesas com funeral, expedido nos últimos 180 dias;
- **Notas fiscais originais discriminadas comprovando os gastos em função das despesas ocorridas com o funeral do segurado/sinistrado;**
- **Formulário de Autorização de Pagamento com reconhecimento de firma em cartório**

OBS. Em algumas situações, poderá ser solicitado documentação adicional para finalização do processo.

Envie a documentação completa para o endereço da Associação Sabesp

Rua Treze de Maio, 1642 – Bela Vista – São Paulo/SP – Cep: 01327-002

A/C Área de Seguros

Acesse www.icatuseguros.com.br e consulte os documentos que deverão ser anexados a este formulário.

Dados do participante/segurado

Nome Completo		Nº do Certificado/Apólice/Proposta		
CPF	Data de Nascimento	O participante/segurado possui seguro de vida e/ou acidentes pessoais e/ou previdência privada em outra(s) companhia(s)? Quais? <input type="checkbox"/> Sim. Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Não		
Endereço				Número
Complemento	Bairro	Cidade	UF	CEP
O participante/segurado estava afastado do trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Desde que data?	Por qual motivo?	Data de admissão na empresa (somente para seguro de Vida Empresarial)	
O segurado estava aposentado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Desde que data?	Por qual motivo?	Último dia de trabalho (somente para seguro de Vida Empresarial)	

Coberturas (identifique as coberturas contratadas no certificado do plano)

<input type="checkbox"/> Morte Natural	<input type="checkbox"/> Morte Natural do Cônjuge	<input type="checkbox"/> Morte Natural do Filho	<input type="checkbox"/> Morte Acidental	<input type="checkbox"/> Morte Acidental do Cônjuge
<input type="checkbox"/> Invalidez Funcional Permanente por Doença	<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente por Acidente	<input type="checkbox"/> Doenças Graves	<input type="checkbox"/> Outras:	

Dados do solicitante



Preencha caso não seja o participante/segurado.

 Participante/Segurado

 Beneficiário > Parentesco _____

 Procurador Curador

Nome Completo		CPF		
Endereço		Número	Complemento	
Bairro	Cidade		UF	CEP
Tel ()	Cel ()	E-mail		

Dados do sinistro

Data da ocorrência	Hora da Ocorrência	Local da ocorrência		
Endereço		Bairro	Cidade	UF
Descreva com letra legível como ocorreu o sinistro e as providências tomadas imediatamente após a ocorrência:				
Indicar nome e telefone de quem prestou os primeiros socorros:		Informar nome e telefone do Médico Assistente do participante/segurado:		
Houve intervenção policial? Caso afirmativo, de que tipo?		Houve inquérito policial? Caso afirmativo, em qual delegacia?		

Autorizo, na qualidade de Participante/Segurado/Beneficiário/Representante legal, os médicos, hospitais e laboratórios a prestarem todas as informações solicitadas pela área médica da Icatu Seguros. Autorizo, ainda, que a Icatu Seguros S/A se utilize do endereço de e-mail indicado neste formulário para fins de solicitação de informações e/ou documentos complementares.

Local: _____

Data: ____/____/____



 Assinatura do Participante/Segurado/Beneficiário


 Assinatura do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

DADOS DO RESPONSÁVEL/REPRESENTANTE LEGAL (CASO NECESSÁRIO)

Nome Completo		CPF		
Tel ()	Cel ()	Grau de Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____		

Assinale uma das opções abaixo

<input type="checkbox"/> Previdência	<input type="checkbox"/> Seguro de Vida
--------------------------------------	---

Instruções para preenchimento

- Esta declaração deverá ser preenchida e assinada pelo médico assistente, com assinatura reconhecida em cartório, por semelhança;
- Ao preencher esta declaração, o médico facilitará a análise do processo, respondendo de modo completo a todos os quesitos e informando detalhadamente sobre a evolução do quadro clínico do paciente. Devem-se evitar termos vagos, a menos que sejam acompanhados de explicações minuciosas;
- Se os espaços designados para as respostas não forem suficientes, outros detalhes que julgarem necessários podem ser indicados na parte destinada às "Informações Adicionais" (vide verso).
- Em caso de falecimento, anexar cópia autenticada da Certidão de Óbito.

Obs: As respostas fornecidas são estritamente sigilosas e têm a única finalidade de analisar o processo de benefícios.

Dados do participante/segurado

Número do Certificado ou Proposta	Número do Processo de Sinistro
Nome completo do participante/segurado	Data do evento

Relatório médico

Data que o acidentado solicitou seus serviços profissionais	
Motivos	
Diagnóstico	
Data da primeira visita médica relativa a esta doença	Há quanto tempo o paciente esteve ou está sofrendo desta doença?
O paciente sofreu alguma intervenção cirúrgica em virtude desta doença?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Em caso positivo, qual(is) intervenção(ões)?	
Em qual(is) data(s)?	Em qual(is) hospital(is)?
IMPORTANTE	
Em se tratando de patologia que admita Classificação ou Estadiamento, por gentileza, queira especificá-la.	
Em se tratando de Cardiopatia, por gentileza, informar o enquadramento do Segurado segundo a classificação funcional NYHA ou CCS	
EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	
Qual a profissão do paciente e há quanto tempo está impossibilitado de trabalhar?	
Queira declarar, com a possível precisão, a porcentagem da invalidez de cada órgão, membro ou parte dos membros lesados, como consequência direta e exclusiva desta doença	

Essa redução deve ser considerada de caráter definitivo ou poderão as partes lesadas, mediante tratamento especializado ou uso funcional, vir a melhorar? Em caso afirmativo, qual será a percentagem definitiva da redução funcional?			
Data em que foi considerado inválido definitivamente.			
Em se tratando de patologia Neuropsíquica, solicitamos informar se o Segurado:			
Está apto a gerir seus próprios negócios e bens?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Tem patologia relacionada com CID 10 N° F-10?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Está alienado mental de forma TOTAL e INCURÁVEL?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
EM CASO DE MORTE			
Local do falecimento	Data do falecimento	Hora do falecimento	
Causa da morte	Primária	Secundária	
O falecido tinha pleno e total conhecimento da existência da patologia que o vitimou?	<input type="checkbox"/> Sim	Desde quando?	<input type="checkbox"/> Não
Os familiares tinham conhecimento da doença que o vitimou?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não
	Indicar o grau de parentesco e desde quando		
Quando qualquer parente ou amigo do falecido foi consultado pela primeira vez sobre a moléstia que direta ou indiretamente lhe causou a morte?			
Informar outras patologias que possam ter relação com as causas da morte, com as datas dos diagnósticos:	<input type="checkbox"/> Diabetes ___/___/___	<input type="checkbox"/> Hipertensão ___/___/___	<input type="checkbox"/> Nefropatia ___/___/___
	<input type="checkbox"/> Câncer ___/___/___	<input type="checkbox"/> Cardiopatia ___/___/___	<input type="checkbox"/> Doença Neurológica ___/___/___
	<input type="checkbox"/> AIDS ___/___/___	<input type="checkbox"/> Pneumonia ___/___/___	<input type="checkbox"/> Outros ___/___/___ Especifique: _____
Você foi o primeiro médico a estabelecer tais diagnósticos? Em caso negativo, por gentileza, informe-nos quem o fez, informando nome(s) e endereço(s).			
A partir de que data foram iniciados os tratamentos relacionados com as patologias que levaram o Segurado ao óbito? ___/___/____. Cite os tratamentos abaixo:			
Informe os resultados e datas da realização dos exames complementares relacionados com as patologias citadas anteriormente.			
Houve inquérito policial a respeito da morte?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Por que foi executado?			
Foi feita autópsia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
NOMES DE OUTROS MÉDICOS QUE TENHAM ASSISTIDO O SEGURADO NAS PATOLOGIAS QUE O LEVARAM AO ÓBITO			
Nome Completo			
Endereço Completo			Telefone ()

Assinale uma das opções abaixo

 Previdência Seguro de Vida**Dados do participante/segurado**

Nome Completo			
Nacionalidade	Estado Civil	CPF	Data de Nascimento

Dados do primeiro declarante

Nome Completo do Declarante		
Parentesco	CPF	Nº do Documento de Identificação

Dados do segundo declarante

Nome Completo do Declarante		
Parentesco	CPF	Nº do Documento de Identificação

Dados do terceiro declarante

Nome Completo do Declarante		
Parentesco	CPF	Nº do Documento de Identificação

Dados do quarto declarante

Nome Completo do Declarante		
Parentesco	CPF	Nº do Documento de Identificação

Dados do quinto declarante

Nome Completo do Declarante		
Parentesco	CPF	Nº do Documento de Identificação

Dados do sexto declarante

Nome Completo do Declarante		
Parentesco	CPF	Nº do Documento de Identificação

Nós, anteriormente qualificados, declaramos para os devidos fins e efeitos, e sob pena de responsabilidade civil e criminal, que o segurado deixou os bens abaixo discriminados:

Descrição do bem	Data de aquisição
1)	
2)	
3)	

4)	
5)	
6)	
7)	
8)	
9)	
10)	

Estamos cientes das penalidades previstas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, sobre as declarações aqui contidas.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____



Assinatura do Primeiro Declarante



Assinatura do Segundo Declarante



Assinatura do Terceiro Declarante



Assinatura do Quarto Declarante



Assinatura do Quinto Declarante



Assinatura do Sexto Declarante

Este documento é ÚNICO, devendo ser preenchido por todos os declarantes e todas as assinaturas deverão ter firma reconhecida por semelhança.

Assinale uma das opções abaixo

<input type="checkbox"/> Previdência	<input type="checkbox"/> Seguro de Vida
--------------------------------------	---

Instruções de preenchimento

- Declaração utilizada em caso de não indicação de beneficiários para avaliação dos herdeiros legais;
- Reconhecer firma das assinaturas dos herdeiros legais;
- Anexar cópia do documento de identificação dos herdeiros legais;

Dados do Participante/Segurado

Nome Completo	Nº do Processo de Sinistro
Certificado(s) ou Apólice(s) / Proposta(s)	CPF

Declaração

Declaro expressamente perante a Icatu Seguros S/A, sob a pena de responder civil e criminalmente pela inveracidade das informações prestadas, que a(s) pessoa(s) identificada(s) abaixo é(são) o(s) único(s) Herdeiro(s) Legal(is) do participante/segurado, devendo receber a indenização do Previdência/Previdência, nos termos do(s) certificado(s) ou apólice(s)/proposta(s) em referência. A Seguradora realizará o pagamento de acordo com as informações prestadas abaixo, ficando isenta de toda e qualquer responsabilidade em efetuar qualquer outro pagamento decorrente da morte do participante/segurado, no certificado ou apólice/proposta em que ele fazia parte, a quem quer que seja e a que título for.

Dados dos Herdeiros Legais

Nome Completo		Grau de Afinidade / Parentesco	
Nº do Documentação de Identificação	Órgão Expedidor	CPF	
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel ()	Cel ()	E-mail	
Local	Data	Assinatura 	

Nome Completo		Grau de Afinidade / Parentesco	
Nº do Documentação de Identificação	Órgão Expedidor	CPF	
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel ()	Cel ()	E-mail	
Local	Data	Assinatura 	

Dados dos Herdeiros Legais (continuação)

Nome Completo			Grau de Afinidade / Parentesco		
Nº do Documentação de Identificação	Órgão Expedidor	CPF			
Endereço			Número	Complemento	
Bairro	Cidade	UF		CEP	
Tel ()	Cel ()	E-mail			
Local	Data	Assinatura 			

Nome Completo			Grau de Afinidade / Parentesco		
Nº do Documentação de Identificação	Órgão Expedidor	CPF			
Endereço			Número	Complemento	
Bairro	Cidade	UF		CEP	
Tel ()	Cel ()	E-mail			
Local	Data	Assinatura 			

Nome Completo			Grau de Afinidade / Parentesco		
Nº do Documentação de Identificação	Órgão Expedidor	CPF			
Endereço			Número	Complemento	
Bairro	Cidade	UF		CEP	
Tel ()	Cel ()	E-mail			
Local	Data	Assinatura 			

Assinale apenas uma das opções:

<input type="checkbox"/> Capitalização	<input type="checkbox"/> Previdência	<input type="checkbox"/> Seguro de Vida
--	--------------------------------------	---

Instruções para preenchimento

- 1) Esse formulário deverá ser preenchido caso o cliente não tenha comprovante de residência em seu nome;
- 2) Documentação necessária
 - Cópia do documento de identificação do cliente;
 - Cliente menor de idade: Cópias do documento de identificação do representante legal e a certidão de nascimento e/ou documento legal que comprove a responsabilidade sobre o menor.
 - Clientes interditados: Cópia do documento de identificação e curatela do curador nomeado.
 - Clientes impossibilitados de assinar: Cópia do documento de identificação que sirva de comprovação da assinatura do representante e a procuração.

Dados do Cliente

Nome Completo			Nº do Certificado/Apólice/Título ou Proposta
Data de Nascimento	CPF	Tel ()	Cel ()
Nº do Documento de Identificação	Órgão Expedidor	Natureza do Documento de Identificação	
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
E-mail			

Eu, acima identificado, declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência na Icatu Seguros S/A, que resido no endereço acima. Os dados constantes desta Declaração, são de minha inteira responsabilidade, tendo ciência de que qualquer informação ou declaração inexata poderá sujeitar-me às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____



Assinatura do Cliente



Assinatura do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo		CPF
Tel ()	Cel ()	Grau de Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____

Dados do participante/segurado sinistrado

Número do(s) Certificado(s):		
Nome Completo	CPF	Grau de Parentesco (Sinistrado) <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Titular

Dados do beneficiário

Nome Completo		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Grau de Afinidade ¹	Data de Nascimento	Nacionalidade	Estado Civil
Nº Documento de Identificação ²		Natureza do Documento de Identificação	Órgão Expedidor
E-mail		Profissão	Cargo
Data de Admissão	Renda Mensal / Patrimônio Estimado ⁴ <input type="checkbox"/> Até R\$ 2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$ 2.501,00 a R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 a R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> Não		Pessoa Politicamente Exposta? ³ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cobertura Pleiteada			

¹ No campo Afinidade, indicar o grau de relacionamento (amigo, companheiro, etc) ou parentesco do beneficiário.

² No caso de beneficiário estrangeiro, o passaporte pode ser utilizado como documento de identificação. Para beneficiário menor de idade, sem documento de identificação, a certidão de nascimento pode ser usada como tal.

³ Considera-se PPE a pessoa que desempenha ou tenha desempenhado nos últimos 5 anos cargos, empregos ou funções públicas relevantes, no Brasil ou fora do país. Representantes, familiares e outras pessoas de relacionamento próximo ao agente também são consideradas PPE. Para mais esclarecimentos, consulte: www.icatusseguros.com.br/ppp

⁴ Em caso Cliente/beneficiário menor de idade que não possua patrimônio, o campo deverá ser preenchido com os dados do responsável legal/financeiro.

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência na Icatu Seguros S/A, que resido no endereço abaixo:

Endereço Residencial			Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP	Tel () ()
				Cel () ()

Dados bancários do participante/segurado/beneficiário (em caso de crédito em conta corrente)

Nº do Banco	Nome do Banco	Nº da Agência / DV	Nome de Agência	Nº da Conta Corrente / DV	CPF do <input type="checkbox"/> Participante/Segurado <input type="checkbox"/> Beneficiário
-------------	---------------	--------------------	-----------------	---------------------------	---

- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, a seguradora se reserva ao direito de efetuar o pagamento através de ordem de pagamento no Banco Santander.
- O crédito somente será realizado na conta corrente do participante/segurado/beneficiário. **Não serão aceitas conta corrente de terceiros ou poupança**, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos, onde é admitida indicação de conta corrente de titularidade do representante legal.
- Quando a opção for pagamento mediante ordem de pagamento, esta será nominal ao beneficiário e, para menores de 16 anos, nominal ao seu representante legal;
- Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados.

Autorização de pagamento

Na condição de _____ (Participante/Segurado/ Beneficiário) do(s) Certificado(s) indicado(s) neste formulário, na hipótese de concessão da cobertura pleiteada, autorizo a Icatu Seguros S/A, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 42.283.770/0001-39, empresa emitente do(s) mencionado(s) Certificado(s), a efetuar o pagamento da minha cota parte no capital segurado, devidamente atualizado, na forma abaixo escolhida:

CRÉDITO EM CONTA CORRENTE DE MINHA TITULARIDADE (NÃO DEVE SER INDICADA CONTA POUPANÇA)

ORDEM DE PAGAMENTO DO SANTANDER, SACÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA NO PRAZO DE 33 DIAS ÚTEIS, A CONTAR DA DISPONIBILIZAÇÃO PELA ICATU SEGUROS

Nesse sentido, após realização do pagamento no valor contratado e na forma acima por mim escolhida, outorgo à Icatu Seguros S/A, nos termos dos artigos 319 e 320 do Código Civil, quitação plena, geral, irrevogada e irrevogável do valor recebido, para nada mais reclamar, a que título e em que tempo for isentando-a de qualquer responsabilidade no cumprimento de minha solicitação.

Os dados constantes desta declaração são de minha inteira responsabilidade, tendo ciência de que qualquer informação ou declaração inexata poderá sujeitar-me às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____



Assinatura do Participante/Segurado/Beneficiário



Assinatura do Responsável/Representante Legal (quando necessário)



Assinatura da Testemunha (quando necessário)



Assinatura da Testemunha (quando necessário)

Nome: _____

Nome: _____

CPF: _____

CPF: _____

Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo		CPF	
Profissão	Renda mensal ou Patrimônio estimado ⁴	E-mail	
Tel () ()	Pessoa Politicamente Exposta? ³ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Grau de Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____	