



Seguros

**FICHA CADASTRAL – Pessoa Física**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                 |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| <b>Nome Completo:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                 |                             |
| <b>RG:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Órgão de expedidor / UF:</b> | <b>Data de Expedição:</b>   |
| <b>CPF:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                 |                             |
| <b>Endereço - Logradouro:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                 |                             |
| <b>Nº</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Complemento:</b>             | <b>Bairro:</b>              |
| <b>Cidade:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Estado:</b>                  | <b>CEP:</b>                 |
| <b>Telefone comercial:</b><br>( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Telefone celular:</b><br>( ) | <b>Telefone Fax:</b><br>( ) |
| <b>Profissão:</b><br>( ) não deseja informar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                 |                             |
| <b>Faixa de Renda:</b><br><input type="checkbox"/> até R\$ 3.000,00<br><input type="checkbox"/> de R\$ 3.000,01 a R\$ 5.000,00<br><input type="checkbox"/> de R\$ 5.000,01 a R\$ 10.000,00<br><input type="checkbox"/> de R\$ 10.000,01 a R\$ 20.000,00<br><input type="checkbox"/> acima de R\$ 20.000,00<br><input type="checkbox"/> não deseja informar. |                                 |                             |
| <b>Documentação:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cópia do RG</li><li>• Cópia do CPF</li><li>• Cópia do Comprovante de residência. (Concessionários Públicos ou Extrato Bancário).</li></ul> ( ) Não deseja informar.                                                                                                                            |                                 |                             |
| <b>Dados Bancários:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Nº banco:</b> _____ <b>Agência:</b> _____</li><li>• <b>Conta: Corrente ( )</b> _____ <b>Poupança ( )</b> _____</li><li>• <b>Nº da conta:</b> _____</li></ul>                                                                                                                             |                                 |                             |

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Responsável