

Dados do Proponente

Nome						Data de Nascimento	
RG	Órgão Exp.	Data de Exp.	CPF	Estado Civil	Parentesco		
Endereço					Número	Complemento	
Bairro			Cidade		UF	CEP	
DDD	Telefone Residencial		DDD	Celular		Empresa	
Cód. Agência	Díg.	Agência			Conta-Corrente	Díg.	
Profissão			Sua profissão é sua principal Fonte de Renda? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Em caso negativo, especifique:							
Sexo			Renda Líquida			Mês Dissídio Categoria	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino							
Tem Imóvel Financiado pelo SFH?				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Tem Imóvel no Município onde Reside?				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Tem Imóvel no Município onde pretende adquirir?				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Tem Imóvel onde exerce a ocupação principal?				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Utilizarei o FGTS nesta operação ?				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			

Dados do Vendedor (em caso de processo de Repasse, não se faz necessário esses dados)

Nome						CPF/CNPJ	
Endereço					Número	Complemento	
Bairro			Cidade		CEP	UF	
DDD	Telefone Residencial		DDD	Celular			
Cód. Agência	Díg.	Agência			Conta-Corrente	Díg.	

Dados do Imóvel

Finalidade do Imóvel: <input type="checkbox"/> 1 - Comercial <input type="checkbox"/> 2 - Residencial <input type="checkbox"/> 3 - Lazer		
Processo: <input type="checkbox"/> Financiado <input type="checkbox"/> Aq. A vista + FGTS <input type="checkbox"/> Outros		
Valor de Venda	Valor Financiado	Valor FGTS
Prazo Reembolso	Tipo de Reajuste * <input type="checkbox"/> Prefixado <input type="checkbox"/> Pós-fixado	Sistema de Amortização <input type="checkbox"/> SAC - Sistema de Amortização Constante <input type="checkbox"/> Tabela Price

* Caso o Tipo de Reajuste seja o Prefixado, o sistema de amortização obrigatoriamente será o Tabela Price.

Fone Fácil Bradesco - 4002 0022 / 0800 570 0022 *
 Consulta de saldo, extrato e transações financeiras.
 Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
 * Consulte os demais telefones no site
bradesco.com.br ou nas Agências Bradesco.

SAC - Alô Bradesco - 0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 727 9933
 De 2ª a 6ª feira das 08h às 18h, exceto feriados.

Nome	CPF
------	-----

Observação:

Ao responder os quesitos abaixo, chamamos a sua atenção para o disposto nos Artigos 765 e 766 do Código Civil Brasileiro, que prevêm: **Art. 765** - O segurado e o segurador são obrigados a guardar na conclusão e na execução e na execução do contrato, a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações e ele concernentes. **Art. 766** - Se o Segurado fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.

Assim, para sua própria garantia, preencha corretamente os campos abaixo. Havendo necessidade de informações complementares, tais como laudos e exames médicos, estes serão solicitados pela seguradora e deverão ser encaminhados à mesma, de forma a permitir a análise e eventual aceitação desta proposta.

Discriminação	Sim	Não
1 - Esteve ou está afastado de suas atividades profissionais? Por que motivo? Esclareça:		
2 - Está em gozo de benefício previdenciário de invalidez? Por que motivo? Esclareça:		
3 - Tem alguma deficiência de órgão, membros ou sentidos (por exemplo: visão, audição) ou anomalias físicas em membros ou órgãos? Esclareça:		
4 - Sofre ou sofreu de alguma doença ou distúrbios abaixo relacionados ? Em caso positivo, informar todos os detalhes incluindo datas e tratamentos realizados.		
a) Hipertensão, infarto do miocárdio ou outras doenças cardiocirculares? Esclareça:		
b) Tumores ou câncer ? Esclareça:		
c) Reumatismo, problema de coluna, musculares, articulares ou ossos? Esclareça:		
d) Asma, bronquite, enfisema ou outras doenças pulmonares? Esclareça:		
e) Doenças de rim, bexiga, próstata, alterações de trato urinário, órgãos sexuais? Esclareça:		
f) Úlcera duodenal, gastrite, icterícia, doenças do fígado, hepatite, doenças da vesícula ou outras do aparelho digestivo? Esclareça:		
g) Hemorragias, anemia, hemofilia, leucemia ou outras doenças do sangue? Esclareça:		
h) Doenças neurológicas ou psiquiátricas (vertigens, desmaios, convulsão, dores de cabeça, dificuldades de fala, paralisia ou derrame cerebral, doenças ou alterações mentais ou nervos)? Esclareça:		
i) Diabetes, doenças da tireóide ou outras endócrinas? Esclareça:		
j) Outras doenças ou distúrbios não mencionados acima? Esclareça:		
5 - Já fez exame para detecção de AIDS ? Em sim, qual o resultado do exame ? <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
6 - É ou foi portador de doenças sexualmente transmissíveis ou outras doenças infecto-contagiosas? Esclareça:		

Discriminação	Sim	Não
7 - É ou foi portador de alguma doença ou lesão produzida pelo trabalho (doença profissional)? Esclareça:		
8 - Fez ou faz uso de algum medicamento de forma rotineira? Em caso positivo, esclareça quais os medicamentos e os motivos.		
9 - Tem outro(s) Seguro(s) de Vida e/ou AP em vigor? Em caso positivo, relacione: Nome da Seguradora, data da contratação e valor do capital segurado.		
10 - Foi vítima de acidente ou violência? Em caso positivo, descrever a ocorrência e informar quais as lesões produzidas.		
11 - Sofre ou sofreu nos últimos 5 anos doença que tenha obrigado a hospitalizar-se para tratamento clínico ou cirúrgico, ou afastar-se de suas atividades de trabalho? Esclareça:		
12 - Informe seu peso e altura: Peso : Kg Altura: m		
13 - Caso alguma resposta aos questionamentos de 1 a 11 seja "Sim" informe o nome do seu médico habitual e telefone ou outro meio para contato. Nome: E-mail: _____ Telefone ()		

Declaração

Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas nesta proposta. Estou também ciente de que este seguro só terá validade após a aceitação da proposta e que as informações prestadas nesta "Declaração Pessoal de Saúde" poderão levar a seguradora a solicitar-me esclarecimentos ou a meu médico habitual, acima indicado e, subsequentemente, acolher o seguro com restrições de cobertura, ou até mesmo não aceitá-lo. Declaro ainda, serem verdadeiras as informações prestadas e estar ciente de que as declarações inverídicas ou incompletas, que omitam circunstâncias relevantes para aceitação, por parte da Seguradora, acarretarão na perda de direito. Igualmente declaro que recebi e li as Condições Contratuais do seguro, estando ciente e de acordo com o seu teor.

Concordo com todos os termos desta Declaração Pessoal de Saúde e que optei pela Seguradora abaixo assinalada:

Bradesco Auto/RE Cia de Seguros
CNPJ: 92.682.038/0001-00
Processo SUSEP Nº: 15414.000248/2006-80
Tel.: 4004-2757 (capitais e reg. metropolitanas)
0800 7012757 (demais localidades)

Companhia de Seguros Aliança do Brasil
CNPJ: 28.196.889/0001-43
Processo SUSEP Nº: 15414.004462/2007-96
Tel.: 0800 729 7000

Data_____
Assinatura

Obs.: O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

De uso exclusivo da Agência (Análise de DPS Positivada)

No Fax que deverá ser enviado a Seguradora, o Gerente deve informar: Valor de Avaliação do Imóvel, Valor de Financiamento, Prazo do Financiamento, Percentual de Participação na Renda do Proponente, e-mail ou fax para resposta (preferencialmente e-mail para permitir a agilização e reduzir o custo da resposta). Números de Fax para envio da DPS e/ou Laudos Complementares:

- Bradesco Seguros Auto/RE - (0xx21) 2503-1748.

- Cia. De Seguros Aliança do Brasil - (0xx11) 3888-2780.

Caso o proponente mencione determinadas doenças (DPS Positivada) deverão ser enviados junto a DPS os seguintes laudos complementares, tendo como base o campo assinalado como positivo conforme abaixo:

Item 3 - Caso o proponente indique problema de visão encaminhar Laudo Oftalmológico no modelo (4840-551E), se a indicação for de outra doença relacionada a órgãos, membros ou sentidos solicitar Laudo do médico assistente.

Caso haja indicação no **Item 4** solicitar:

Alínea “A”: Caso o proponente indique Hipertensão Arterial (Hipertensão/Pressão Alta) encaminhar Laudo do médico assistente no modelo (4840-550E), se a indicação for de outra doença neste item solicitar Laudo do médico assistente.

Alínea “B”: Laudo do médico assistente

Alínea “C”: Laudo do Ortopedista

Alínea “D”: Laudo do Pneumologista com Prova de Esforço Respiratório

Alínea “E”: Laudo do Urologista

Alínea “F”: Laudo do Gráfico e; se hepatite, exame de funções hepáticas e marcadores virais

Alínea “G”: Laudo do médico assistente

Alínea “H”: Laudo do Neurologista ou Psiquiatra acompanhado dos exames realizados, se houver

Alínea “I”: Laudo do Endocrinologista ou médico assistente

Alínea “J”: Laudo do médico assistente

Item 7 - Laudo do médico assistente

Item 8 - Laudo do médico assistente

Em todos os laudos requeridos acima, relativamente aos itens 3 a 6 deverão constar com precisão o início da doença, o diagnóstico, a etiologia, os resultados de exames complementares, o(s) tipo(s) de tratamento(s) ministrado(s), com respectivas datas e as condições clínicas e funcionais atuais do proponente.

Caso o proponente faça indicação de uso de algum medicamento, somente poderá ser definido o médico que deverá fornecer laudo complementar após a análise da DPS pela Consultoria Médica desta Seguradora, face a necessidade de identificação da doença relacionada ao medicamento utilizado.

Informamos, ainda, que:

1 - A apresentação dos documentos acima não implica na impossibilidade de se requerer outros documentos (laudos e/ou exames complementares), o que somente será avaliado após a análise da documentação por nossa Consultoria Médica;

2 - A apresentação da DPS e de documentação complementar não implica na aceitação automática do risco (com ou sem cláusula restrita), que somente será definida após parecer de nossa Consultoria Médica.