| Dados C | adastrais | |
|--|------------------------------------|------------------------|
| Nome | | |
| Data Nascimento | | |
| | | |
| Ocupação/Profissão | | Comentário do Assessor |
| E-mail | | |
| Telefone | | |
| CPF | | |
| | | |
| Instagram | | |
| Côr | njuge | |
| Nome | | |
| Data Nascimento | | |
| | | O |
| Ocupação/Profissão | | Observações: |
| E-mail | | |
| Telefone | | |
| CPF | | |
| | | |
| Instagram | | |
| Deper | dentes | |
| Nome 1 | | |
| Data Nascimento | | |
| | | Compatério de Assesso |
| Idade de Independência | | Comentário do Assessor |
| Nome2 | | |
| Data Nascimento | | |
| Idade de Independência | | |
| | nília ou individual | |
| - | nilia ou individual | |
| Se você faltasse hoje, os seus dependentes necessitariam de um complemento da renda? Sim sim, quanto por mês? | | |
| Você acha importante iter uma proteçao de renda para sua familia na sua falta? | Sim ou não, e porquê? | Comentário do Assessor |
| Em caso de uma invalidez ou doença grave, O seu patrimônio acumulado seria suficiente para manter suas despesas? Sim não, quanto por mês você precisaria? | | |
| manter suas despesas? sim nao, quanto por mes voce precisaria? Você já pensou em fazer um planejamento para proteger de eventos assim? Você fez ou já pensou em fazer de invadilidez/Doenças ? | Sim ou não, e porquê? | |
| | | |
| Seg | juros | |
| Possui algum tipo de seguro? | Se sim, descreva nos campos abaixo | |
| Seguro de Vida | | |
| Invalidez | | Comentário do Assessor |
| | | Comentario do Assessor |
| Diária de Incapacidade (DIT) | | |
| Doenças Graves | | |
| Responsabilidade Civil | | |
| Fluxo de Caixa | | |
| | | |
| Total Despesas | | |
| Total Receita ou descrever abaixo o tipo de Receita | | |
| Total de Receita Garantida (CLT e/ou Estatutária) | | Comentário do Assessor |
| Total de Receita Não Garantida | | |
| | | |
| Recebimentos Bruto Tributável | | |
| Outras Fontes (Aula particular, Empresas, etc) | | |
| Imo | óveis | |
| Deseja comprar um imóvel? | | |
| Valor Aproximado | | Comentário do Assessor |
| | | |
| Em quanto tempo deseja adquirir? | | |
| Empréstimos ou | u Financiamentos | |
| Tipo | | |
| Saldo a quitar | | |
| Valor da parcela | | Comentário do Assessor |
| | | |
| Quantidade de parcelas restantes | | |
| Taxa de juros efetiva (CET) | | |
| Câ | mbio | |
| Você realiza operações de câmbio? | | |
| | | |
| Se sim, qual a frequência | | |
| Invest | imentos | |
| Poupança | | |
| CDB | | Comentário do Assessor |
| | | |
| Previdencia Privada | | |
| Ações | | |
| Liberdade | Financeira | |
| | | |

| Quanto você pupa por mês? | | Comentário do Assessor |
|---|--|------------------------|
| Quanto de receita mensal você gostaria de ter? | | Comentano do Assessor |
| Qual o tipo da declaração do IR? Simples ou completa? | | |
| Recolhe INSS sobre quantos salários? | | |
| Saúde | | |
| Você é fumante ou ex fumante? | | Comentário do Assessor |
| Tem algum problema de saúde? | | |
| Recomendações | | |
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | Comentário do Assessor |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |