

## Crédito Imobiliário - Declaração Pessoal de Saúde Seguro Habitacional em Apólices de Mercado

### Para uso exclusivo da agência

Código da Agência	Funcionário Responsável	E-mail do Funcionário
-------------------	-------------------------	-----------------------

### Dados do Proponente

Nome VALDECI PIRES	Data de Nascimento 20/12/1964
-----------------------	----------------------------------

CPF/MF 051.618.908-51	Estado Civil SOLTEIRO	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
--------------------------	--------------------------	---

Profissão  
GUARDA MUNICIPAL

Sua profissão é sua principal Fonte de Renda? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Em caso negativo, especifique
---	-------------------------------

Finalidade do Imóvel <input type="checkbox"/> 1 - Comercial <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Residencial <input type="checkbox"/> 3 - Lazer <input type="checkbox"/> 4 - Lote	Renda Líquida 11957,03
---	---------------------------

### Observação:

O Bradesco declara que cumpre toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal n. 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema, comprometendo-se a tratar os dados pessoais coletados por meio deste instrumento para a sua execução e somente nos estritos limites e finalidades aqui previstos, como controlador de dados pessoais ou por meio de seus operadores, nos termos da lei aplicável; ou com o devido embasamento legal, sem transferi-los a qualquer terceiro, exceto se expressamente autorizado pelo titular dos dados, por este ou outro instrumento ou, ainda, para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória ou em caso de decisão judicial que obrigue o fornecimento.

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 do contrato, a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a 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. Em todos os laudos requeridos 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 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.

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:

### Discriminação

1 - Esteve ou está afastado de suas atividades profissionais? Por que motivo? Esclareça:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
2 - Está em gozo de benefício previdenciário de invalidez? Por que motivo? Esclareça:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

## Crédito Imobiliário - Declaração Pessoal de Saúde Seguro Habitacional em Apólices de Mercado

### Discriminação

Nome VALDECI PIRES	CPF/MF 051.618.908-51
<p>3 - Tem alguma deficiência de órgão, membros ou sentidos (por exemplo: visão, audição) ou defeitos físicos em membros ou órgãos? Especifique o grau de deficiência.</p> <p>Esclareça:</p> <p>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.</p>	
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
<p>4 - Sofre ou sofreu de alguma doença ou distúrbios abaixo relacionados? Em caso positivo, informar todos os detalhes incluindo datas e tratamentos realizados.</p>	
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
<p>a) Hipertensão, infarto do miocárdio ou outras doenças cardiocirculares?</p> <p>Esclareça:</p> <p>Em caso de Hipertensão Arterial (Hipertensão/Pressão Alta) encaminhar Laudo do médico assistente no modelo (4840-550E - Declaração de Saúde Complementar - Hipertensão Arterial), se a indicação for de outra doença neste item solicitar Laudo do médico assistente.</p>	
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
<p>b) Tumores ou câncer?</p> <p>Esclareça:</p> <p>Caso positivado encaminhar Laudo do médico assistente.</p>	
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
<p>c) Reumatismo, problema de coluna, musculares, articulares ou ossos?</p> <p>Esclareça:</p> <p>Caso positivado encaminhar Laudo do Ortopedista.</p>	
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
<p>d) Asma, bronquite, enfisema ou outras doenças pulmonares?</p> <p>Esclareça:</p> <p>Caso positivado encaminhar Laudo do Pneumologista com Prova de Esforço Respiratório.</p>	
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
<p>e) Doenças de rim, bexiga, próstata, alterações de trato urinário ou órgãos sexuais?</p> <p>Esclareça:</p> <p>Caso positivado encaminhar Laudo do Urologista.</p>	
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
<p>f) Úlcera duodenal, gastrite, icterícia, doenças do fígado, hepatite, doenças da vesícula ou outras do aparelho digestivo?</p> <p>Esclareça:</p> <p>Caso positivado encaminhar Laudo gástrico e se hepatite, exame de funções hepáticas e marcadores virais.</p>	
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
<p>g) Hemorragias, anemia, hemofilia, leucemia ou outras doenças do sangue?</p> <p>Esclareça:</p> <p>Caso positivado encaminhar Laudo do médico assistente.</p>	
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
<p>h) Doenças neurológicas ou psiquiátricas (vertigens, desmaios, convulsão, dores de cabeça, dificuldades de fala, paralisia ou derrame cerebral, doenças ou alterações mentais ou nervos)?</p> <p>Esclareça:</p> <p>Caso positivado encaminhar Laudo do Neurologista ou Psiquiatra acompanhado dos exames realizados, se houver.</p>	
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
<p>i) Diabetes, doenças da tireóide ou outras endócrinas?</p> <p>Esclareça:</p> <p>Caso positivado encaminhar Laudo do Endocrinologista ou médico assistente.</p>	
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

**Crédito Imobiliário - Declaração Pessoal de Saúde  
Seguro Habitacional em Apólices de Mercado****Dados do Proponente**

Nome VALDECI PIRES	CPF/MF 051.618.908-51
j) Outras doenças ou distúrbios não mencionados acima? Esclareça: Caso positivado encaminhar Laudo do médico assistente.	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
5 - Já teve doença COVID19?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
a) Já foi vacinado para o coronavírus SARS-COV2?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
b) Em caso positivo, houve internação ou complicações? Encaminhar laudo médico assistente. Esclareça:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
6 - É ou foi portador de doenças sexualmente transmissíveis ou outras doenças infectocontagiosas tais como HIV, Sífilis, meningite, tuberculose ou outras? Esclareça com data do diagnóstico e tratamento ministrado. Esclareça:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
7 - É ou foi portador de alguma doença ou lesão produzida pelo trabalho (doença profissional)? Esclareça: Caso positivado encaminhar Laudo do médico assistente.	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
8 - Fez ou faz uso de algum medicamento de forma rotineira? Em caso positivo, esclareça quais os medicamentos e os motivos?  Caso positivado encaminhar Laudo do médico assistente.	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
9 - Tem outro(s) Seguro(s) de Vida e/ou Acidentes Pessoais em vigor? Em caso positivo, relacione: Seguradora, data da contratação e valor do capital segurado.	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
10 - Foi vítima de acidente ou violência? Em caso positivo, descrever a ocorrência e informar a data de ocorrência e quais as lesões produzidas?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
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:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
12 - Informe seu peso e altura: Peso: 70 Kg    Altura: 1,70 m	
13 - Informe o nome do seu médico habitual e telefone ou outro meio para contato.	
Nome	Telefone

**De Uso Exclusivo da Agência (Análise de DPS Positivada)**

No Fax que deverá ser enviado à 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).

Formas de contato para envio da DPS e/ou Laudos Complementares:

- Bradesco Auto/RE Cia de Seguros

FAX: (0xx21) 2503-1748.

E-mail: [segurohabitacional@bradescoseguros.com.br](mailto:segurohabitacional@bradescoseguros.com.br)

- Companhia de Seguros Aliança do Brasil    E-mail: [habitacional@brasilseg.com.br](mailto:habitacional@brasilseg.com.br)

Pedimos a gentileza de ao encaminhar o fax, enviar também o e-mail com o assunto: **FAX Bradesco** para identificarmos e atuarmos na necessidade encaminhada.

## Crédito Imobiliário - Declaração Pessoal de Saúde Seguro Habitacional em Apólices de Mercado

### Dados do Proponente

Nome VALDECI PIRES	CPF/MF 051.618.908-51
-----------------------	--------------------------

### Declaração

O (s) Devedor (res) ou Comprador (res) autorizo(m) e aceita (m) que em razão de obrigação legal ou regulatória, ocorra o reporte das informações constantes neste instrumento e nos demais acerca de alteração cadastral, bem como os dados financeiros relativos a esta operação e contas, aos depositários centrais ou agentes escrituradores de títulos ou valores mobiliários inerentes à conta, às autoridades brasileiras ou estrangeiras conforme exigido nos termos da legislação aplicável no Brasil, dos acordos internacionais firmados pelo Brasil, ou ainda nos termos da legislação aplicável na jurisdição de nascimento, ou das quais sou cidadão, nacional ou residente.

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.

Com objetivo de auxiliar a avaliação da Seguradora na análise de aceitação de minha proposta e na análise e liquidação de sinistros relacionados ao seguro em questão, autorizo em caráter irrevogável e irretratável, aos médicos que me assistiram ou ainda assistem, bem como aos hospitais, laboratórios e outros prestadores de serviços na área de saúde, a prestarem todas as informações solicitadas pelos profissionais de medicina nomeados pela Seguradora, incluindo relatórios, prontuários ou exames médicos por mim realizados, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional.

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: 15414.901636/2014-90

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

E-mail: habitacional@brasilseg.com.br

Local: AMERICANA/SP Data: 06/11/2023

Proponente VALDECI PIRES

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

Fone Fácil Bradesco  
Consultas, Informações e Serviços Transacionais.  
Capitais e Regiões Metropolitanas: 4002 0022  
Demais Localidades: 0800 570 0022  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

SAC - Alô Bradesco: 0800 704 8383  
Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 0099  
Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais.  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Ouvidoria: 0800 727 9933 - Se não ficar satisfeito com a solução apresentada,  
contate a Ouvidoria, das 09h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.