

Ficha Cadastral Intrag- Pessoa Física/ Co-Titular (FIC – PF)

Data de abertura	O Cliente já possui conta no Itaubanco?				
	Código Cotista				
	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Agência _____	Conta _____	
Nome				CPF	
				Número	Controle
Documento de Identificação					Sexo
Tipo	Número	Data de emissão	Órgão emissor	Estado	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Nascimento				Nacionalidade	
Data	Cidade	Estado	País	<input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> _____	
Nome do pai			Nome da mãe		
Endereço residencial					
Rua, Avenida, Praça, etc.				Número	Complemento
CEP	Bairro	Cidade	Estado	Telefone	<input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> Para recado
				DDD	Número Ramal
Telefone Celular			e-mail		
DDD	Número				
Estado civil					
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Desquitado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Marital/Companheiro					
Informações Profissionais					
Ocupação Principal				Profissão	
<input type="checkbox"/> Emp. empresa priv. <input type="checkbox"/> Sócio/Prop. empr. <input type="checkbox"/> Servidor públ. estatutário <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Prof. Liberal <input type="checkbox"/> Proprietário rural <input type="checkbox"/> Dona de casa <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Rendas de capital <input type="checkbox"/> Rendas de aluguel					
Renda Mensal			Fonte pagadora <i>(preencher com o nome da empresa na qual trabalha ou da qual é sócio/proprietário)</i>		Total patrimonial (Imobilizado + Financeiro)
Tipo		Valor	Razão social		R\$
<input type="checkbox"/> Comprovada <input type="checkbox"/> Não comprovada		R\$			

Tempo comprovado no emprego atual/vínculo atual	Tempo no emprego anterior/vínculo anterior
<input type="checkbox"/> 0 a 6 meses <input type="checkbox"/> 1 a 3 anos <input type="checkbox"/> mais de 10 anos <input type="checkbox"/> 6 meses a 1 ano <input type="checkbox"/> 3 a 10 anos	<input type="checkbox"/> 0 a 6 meses <input type="checkbox"/> 1 a 3 anos <input type="checkbox"/> mais de 10 anos <input type="checkbox"/> 6 meses a 1 ano <input type="checkbox"/> 3 a 10 anos

Endereço Comercial O mesmo que o residencial Não possui

Rua, Avenida, Praça, etc.	Número	Complemento
---------------------------	--------	-------------

CEP	Bairro	Cidade	Estado	Telefone		
				DDD	Número	Ramal

Endereço p/ Correspondência - Comercial Residencial

Exercício de cargo, emprego ou função pública – PEP
 O cliente é, ou tem relação com pessoa que exerce ou exerceu, nos últimos 5 (cinco) anos, no Brasil, no exterior ou em dependência estrangeira, cargo, emprego ou função pública?
 Não Sim
 Ele mesmo Parente até 1º grau, cônjuge, companheiro(a) ou enteado(a)
 Representante ou pessoa de seu relacionamento próximo, nos últimos 5 anos

Dados do Côniuae ou Companheiro (a)

Nome	CPF <input type="checkbox"/> Não possui	
	Número	Controle

Dados Bancários para Envio e Recebimento de Recursos

Banco _____	Agência _____	Conta ()	Corrente ()	Investimento ()	CETIP
Número _____					
Banco _____	Agência _____	Conta ()	Corrente ()	Investimento ()	CETIP
Número _____					
Banco _____	Agência _____	Conta ()	Corrente ()	Investimento ()	CETIP
Número _____					
Banco _____	Agência _____	Conta ()	Corrente ()	Investimento ()	CETIP
Número _____					

Declaração inicial - O **Cliente** declara que:

- a) os dados indicados nesta proposta são verdadeiros e autoriza o Distribuidor a verificar qualquer informação a seu respeito que possa afetar a relação de confiança necessária à abertura e manutenção do cadastro
- b) informará no prazo de 10(dez) dias, quaisquer alterações que vierem a ocorrer nos seus dados cadastrais;
- c) autoriza o Distribuidor a efetuar, em seu nome, solicitações de aplicações e resgate de recursos nos fundos de investimento administrados pela Intrag DTVM Ltda. ("Intrag") e a receber desta qualquer informação referente à sua posições nos fundos.

DECLARAÇÃO DO DISTRIBUIDOR

Responsabilizo-me pela exatidão das informações prestadas, a vista dos originais do documento de identidade, do CPF e outros comprobatórios dos demais elementos de informação apresentados, sob pena de aplicação do disposto no Art. 64 da Lei nº 8.383, de 30.12.91.

Assinatura do responsável pela conferência/verificação dos documentos

Assinaturas

Cliente

“Dúvidas, reclamações e sugestões fale com o seu Distribuidor. Se necessário, entre em contato com o Administrador (11) 5059-1456, dias úteis, das 9 às 18h, ou utilize o SAC Itaú 0800 728 0728, todos os dias, 24h. Se desejar a reavaliação da solução apresentada após utilizar esses canais, recorra à Ouvidoria Corporativa Itaú 0800 570 0011, dias úteis, das 9 às 18h, Caixa Postal nº 67.600, CEP 03162-971. Deficientes auditivos, todos os dias, 24h, 0800 722 1722.”