



## AVALIAÇÃO FINANCEIRA

### Informações gerais

Nº da conta \_\_\_\_\_ Favor checar unidade

- Clovis Community Medical Center (CCMC)
- Community Regional Medical Center (CRMC)
- Fresno Heart & Surgical Center (FHSB)

Nome do paciente \_\_\_\_\_ Nome do avalista \_\_\_\_\_

Nome do cônjuge \_\_\_\_\_

Endereço residencial \_\_\_\_\_ Renda mensal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Aluguel

\_\_\_\_\_  Compra

### Avalista

Data de nascimento \_\_\_\_\_ Nº doc. identidade \_\_\_\_\_ Nº seguridade social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Empregador \_\_\_\_\_ Departamento/Cargo \_\_\_\_\_

Salário bruto \_\_\_\_\_ Dependentes \_\_\_\_\_ Seguridade social \_\_\_\_\_

Pensão \_\_\_\_\_ Auxílio \_\_\_\_\_ Desemprego \_\_\_\_\_

Invalidez \_\_\_\_\_ Pensão alimentícia \_\_\_\_\_ Juros/Dividendos \_\_\_\_\_

Rendas recebidas \_\_\_\_\_ Outros \_\_\_\_\_

**Cônjuge**

Data de nascimento \_\_\_\_\_ Nº doc. identidade \_\_\_\_\_ Nº seguridade social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Empregador \_\_\_\_\_ Departamento/Cargo \_\_\_\_\_

Salário bruto \_\_\_\_\_ Dependentes \_\_\_\_\_ Seguridade social \_\_\_\_\_

Pensão \_\_\_\_\_ Auxílio \_\_\_\_\_ Desemprego \_\_\_\_\_

Invalidez \_\_\_\_\_ Pensão alimentícia \_\_\_\_\_ Juros/Dividendos \_\_\_\_\_

Rendas recebidas \_\_\_\_\_ Outros \_\_\_\_\_

---

Qual é o seu banco? \_\_\_\_\_ Agência, Cidade \_\_\_\_\_

- Conta corrente
- Conta poupança

Renda bruta declarada no IR no último ano \_\_\_\_\_

Número de dependentes menores de 18 anos que moram com você \_\_\_\_\_

Você sustenta alguém com mais de 18 anos?  Não  Sim (Explicar)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CERTIFICO QUE TODAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO SÃO VERDADEIRAS E CORRETAS E ENTENDO QUE OS COMMUNITY MEDICAL CENTERS SE RESERVAM O DIREITO DE VERIFICÁ-LAS.

Assinatura do avalista \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_