|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| logo MAPFRE PREVIDENCIA 1 | | | | | **CADASTRO/ATUALIZAÇÃO DE**  **REPRESENTANTE LEGAL E/OU RESPONSÁVEL FINANCEIRO** | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **DADOS CADASTRAIS DO PROPONENTE/PARTICIPANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome Completo | | | | | | | | | | | | | | | CPF | | | | | |
| **DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome Completo | | | | | | | | | | | | | CPF | | | | | | | |
| Data de Nascimento | | | RG / RNE | | | | | | | | | Órgão Expedidor | | | | | | | Data de Expedição | |
| Sexo  M  F | Estado Civil | | | | | | Residente no País  Sim  Não | | | | | País de Nascimento | | | | | | | Nacionalidade | |
| País de Residência Fiscal | | | | | | País com Obrigações Fiscais por Motivo de Residência ou Cidadania Diferente do Brasil | | | | | | | | NIF – Número de Identificação Fiscal (caso possua obrigações fiscais fora do Brasil) | | | | | | |
| Profissão | | Cargo | | | | | | | | Data de Admissão | | | | | | Nº. Registro | | | | Salário Mensal (R$) |
| Endereço Residencial | | | | | | | | | | | | | | Número | | | | Complemento | | |
| Bairro | | | | | | | | Cidade | | | | | | UF | | | | CEP | | |
| Telefone 1 (DDI + DDD + nº Telefone)  (     ) (     ) | | | | | | | | | | | Telefone 2 (DDI + DDD + nº Telefone)  (     ) (     ) | | | | | | | | | |
| E-mail | | | | | | | | | | | Qualificação  Pai  Mãe  Tutor  Curador | | | | | | | | | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Local** | | | | **\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_**  **Data** | | | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Assinatura do Representante Legal** | | | | | | | | | | | |
| **MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A. – CNPJ 04.046.576/0001-40** **Avenida das Nações Unidas, 11.711 - 21º andar - Brooklin Paulista – CEP 04578-000 – São Paulo – SP** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O responsável financeiro é a mesma pessoa que o representante legal?  Sim  Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ATENÇÃO: Preencher somente quando o Responsável Financeiro for diferente do Representante Legal** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome Completo | | | | | | | | | | | | | CPF | | | | | | |
| Data de Nascimento | | | RG / RNE | | | | | | | | Órgão Expedidor | | | | | | | Data de Expedição | |
| Sexo  M  F | Estado Civil | | | | | Residente no País  Sim  Não | | | | | País de Nascimento | | | | | | | Nacionalidade | |
| País de Residência Fiscal | | | | | País com Obrigações Fiscais por Motivo de Residência ou Cidadania Diferente do Brasil | | | | | | | | | NIF – Número de Identificação Fiscal (caso possua obrigações fiscais fora do Brasil) | | | | | |
| Profissão | | Cargo | | | | | | | Data de Admissão | | | | | | Nº. Registro | | | | Salário Mensal (R$) |
| Endereço Residencial | | | | | | | | | | | | | | Número | | | Complemento | | |
| Bairro | | | | | | | Cidade | | | | | | | UF | | | CEP | | |
| Telefone 1 (DDI + DDD + nº Telefone)  (     ) (     ) | | | | | | | | | | Telefone 2 (DDI + DDD + nº Telefone)  (     ) (     ) | | | | | | | | | |
| E-mail | | | | | | | | | | Parentesco | | | | | | | | | |
| **FORMA DE PAGAMENTO (Preencher somente quando houver Contribuição Periódica)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Autorizo os pagamentos referentes ao(s) PLANO(S) DE PREVIDÊNCIA do proponente/participante citado, da seguinte forma:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ficha de Compensação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Débito Conta Corrente (Preencha os campos ao lado)  Estou ciente que, para ocorrer os devidos débitos na conta corrente ao lado, devo efetuar o cadastramento na Instituição Financeira indicada. | | | | | | | | Nome do Banco | | | | | | | | | | | |
| Nº do Banco | | | | Nº da Conta Corrente | | | | Nº da Conta Corrente | | | |
| Dia para Vencimento  1  5  10  15  20  25 | | | | | | | | | | | | Periodicidade de Pagamento da Contribuição | | | | | | | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Local** | | | | **\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_**  **Data** | | | | Em caso de Débito em Conta Corrente do tipo Conjunta Simples (“E”) do titular da conta que não é o proponente, é necessário a assinatura do titular da conta. | | | | | | | | | | | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Assinatura do Responsável Financeiro** | | | | | | | | | | | |
| **ENVIAR ESTE FORMULÁRIO PARA DOCUMENTOSVP@MAPFRE.COM.BR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A. – CNPJ 04.046.576/0001-40** **Avenida das Nações Unidas, 11.711 - 21º andar - Brooklin Paulista – CEP 04578-000 – São Paulo – SP** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |