|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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$)      |
| Endereço Residencial      | Número      | Complemento      |
| Bairro       | Cidade      | UF      | CEP      |
| Telefone 1 (DDI + DDD + nº Telefone)(     ) (     )       | Telefone 2 (DDI + DDD + nº Telefone) (     ) (     )       |
| E-mail      | Qualificação[ ]  Pai [ ]  Mãe [ ]  Tutor [ ]  Curador |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Local** | **\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_****Data** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Assinatura do Representante Legal** |
|  |  |  |
| **DADOS DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO** |
| O responsável financeiro é a mesma pessoa que o representante legal? [ ]  Sim [ ]  Não |
| **ATENÇÃO: Preencher somente quando o Responsável Financeiro for diferente do Representante Legal** |
| Nome Completo      | CPF      |
| Data de Nascimento      | RG / RNE       | Órgão Expedidor      | Data de Expedição      |
| Sexo[ ]  M [ ]  F | Estado Civil      | Residente no País[ ]  Sim [ ]  Não | País de Nascimento      | Nacionalidade      |
| País de Residência Fiscal      | País com Obrigações Fiscais por Motivo de Residência ou Cidadania Diferente do Brasil       | NIF – Número de Identificação Fiscal (caso possua obrigações fiscais fora do Brasil)       |
| Profissão      | Cargo      | Data de Admissão      | Nº. Registro      | Salário Mensal (R$)      |
| 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** |
| **MAPFRE PREVIDÊNCIA S/A - CNPJ 04.046.576/0001-40****Avenida das Nações Unidas, 11.711 - 21º andar - Brooklin****CEP: 04578-000 – São Paulo – SP****Caixa Postal 77215 – São Paulo – SP** | **Central de Relacionamento/SAC (24h) – 0800 775 7647****Deficiente Auditivo e de Fala (24h) – 0800 775 5045**[**www.mapfre.com.br**](http://www.mapfre.com.br) |
| **Ouvidoria – 0800 775 3240 – De segunda a sexta das 8h às 18h (exceto feriados)** |
|  |  |