



FICHA CADASTRAL CIBA

Data de Preenchimento: ___ / ___ / ___

Empresa:		
CNPJ:		
Inscrição Municipal:		Inscrição Estadual:
Endereço:		
Número:	Complemento:	Bairro:
Cidade:	Estado:	Cep:
Tel:	Ramal:	Fax:

Atuário Responsável

Nome:		
Miba nº:	Cargo na Empresa:	
Tel:	Celular:	Fax:
E-mail:		

Área de Atuação

- | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acadêmica | <input type="checkbox"/> Previdência Social | <input type="checkbox"/> Previdência Complementar Fechada | <input type="checkbox"/> Seguros |
| <input type="checkbox"/> Capitalização | <input type="checkbox"/> Previdência Complementar Aberta | <input type="checkbox"/> Resseguro | <input type="checkbox"/> Vida |
| <input type="checkbox"/> Investimentos | | <input type="checkbox"/> Saúde | <input type="checkbox"/> Fiscalização |

Outra área: _____

Possui filiais? Sim Não

Locais: _____

Total de funcionários _____ Website: _____

Contato Administrativo

Nome:		
Cargo na Empresa:		
Tel:	Celular:	Fax:
E-mail:		

Selecione o(s) e-mail(s) para receber notícias de IBA no setor:

- Atuário Responsável Contato Administrativo