



CADASTRO AIBA

Data de Preenchimento: ___ / ___ / ___

Dados Pessoais

| | |
|---|----------------|
| Nome: | |
| Data de Nascimento: | Sexo: |
| Naturalidade: | Nacionalidade: |
| Identidade: | CPF: |
| Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS – N° | Série: |
| Estado Civil: | |

Filiação

| |
|------|
| Mãe: |
| Pai: |

Endereço para Correspondência

| | | |
|-----------|--------------|---------|
| Endereço: | | |
| Número: | Complemento: | Bairro: |
| Cidade: | Estado: | Cep: |
| Telefone: | Celular: | |

Dados Profissionais

| | | |
|-----------|--------------|---------|
| Empresa: | | |
| Cargo: | Telefone: | |
| Endereço: | | |
| Número: | Complemento: | Bairro: |
| Cidade: | Estado: | Cep: |
| Telefone: | | |

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: _____



CADASTRO AIBA

E-mail: _____

Graduação em Ciências Atuariais

| |
|------------------|
| Instituição: |
| Data da Colação: |

Outras Graduações

| |
|------------------|
| Curso: |
| Instituição: |
| Data da Colação: |
| Curso: |
| Instituição: |
| Data da Colação: |

Espaço a ser preenchido pelo IBA

AIBA: _____

Data do registro: _____