

FICHA DE DADOS PESSOAIS PARA CONTRIBUINTE INDIVIDUAL (AUTONOMOS)

DADOS PESSOAIS:

NOME COMPLETO _____

NOME SOCIAL _____

NOME PAI: _____

NOME MÃE: _____

DATA NASCTO ____/____/____ MUNICIPIO DE NASCIMENTO _____ UF: _____

PAIS DE NASCIMENTO _____ PAIS DE NACIONALIDADE _____

NACIONALIDADE BRASILEIRA () - ESTRANGEIRA ()

SEXO _____ RAÇA (Exemplo, Branco, Pardo e etc.) _____

GRAU DE INSTRUÇÃO _____ ESTADO CIVIL _____

ENDEREÇO RES.: _____

BAIRRO _____ CEP. _____ EST. _____

TELEFONE: () _____ CELULAR. () _____

EMAIL PESSOAL _____ EMAIL PESSOAL ALTERNATIVO _____

INFORMAÇÃO SOBRE A CONTA DO DEPOSITO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO:

BANCO _____ AGÊNCIA _____ NR CONTA _____ TIPO DE CONTA () CORRENTE () POUPANÇA () SALÁRIO

DOCUMENTOS PESSOAIS:

Nº RG. _____ ORGÃO EMISSOR _____ DATA EXPEDIÇÃO ____/____/____.

Nº RNE(Estrangeiro) _____ ORGÃO EMISSOR _____ DATA EXPEDIÇÃO ____/____/____

Nº RIC(RG Novo) _____ ORGÃO EMISSOR _____ DATA EXPEDIÇÃO ____/____/____.

Nº NROC. (Inscrição no órgão da Classe representante, exemplo OAB Advogados, CRC Contador, CRM Médicos e etc.) _____ ORGÃO EMISSOR _____ DATA EXPEDIÇÃO ____/____/____ DATA DE VALIDADE ____/____/____.

N.º CPF _____ DATA EMISSÃO ____/____/____

NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO PIS/PASEP (Caso já possua.) _____ DATA DA EMISSÃO ___/___/___

NIT (Numero da Inscrição no INSS) _____ DATA DA EMISSÃO ___/___/___

CCM (Numero da inscrição na Prefeitura) _____

TÍTULO ELEITOR Nº: _____ ZONA _____ SEÇÃO _____

CNH (CARTEIRA DE HABILITAÇÃO)(Quando for prestação de serviços de transporte) _____ ORGÃO EMISSOR _____ DATA EXPEDIÇÃO ___/___/___ DATA DE VALIDADE ___/___/___

DEPENDENTES PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

NOME DO DEPENDENTE	TIPO DEPENDENTE	DATA NASCIMENTO	CPF DO DEPENDENTE (Obrigatório se for Maiores 18 anos)	DEPENDENTES DE IRF
				SIM () NÃO ()
				SIM () NÃO ()
				SIM () NÃO ()
				SIM () NÃO ()
				SIM () NÃO ()
				SIM () NÃO ()
				SIM () NÃO ()
				SIM () NÃO ()
				SIM () NÃO ()

CONTRIBUIÇÃO A OUTRAS EMPRESAS NO MÊS DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

CNPJ DA EMPRESA: _____
 RAZÃO SOCIAL _____
 SALÁRIO DE CONTRIBUIÇÃO _____
 INSS DESCONTADO _____

CNPJ DA EMPRESA: _____
 RAZÃO SOCIAL _____
 SALÁRIO DE CONTRIBUIÇÃO _____
 INSS DESCONTADO _____

CNPJ DA EMPRESA: _____
 RAZÃO SOCIAL _____
 SALÁRIO DE CONTRIBUIÇÃO _____
 INSS DESCONTADO _____

DADOS PARA EMPRESA PREECHER SOBRE A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

DATA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO: ____/____/____

DATA FINAL DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ____/____/____

TIPO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: _____

VALOR DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: _____, CONTRATADO() BRUTO OU () LIQUIDO

DEPARTAMENTO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO _____

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO _____

OBSERVAÇÕES:

O QUESTIONÁRIO ACIMA É IMPRESCINDIVEL PARA O CADASTRAMENTO DOS AUTONOMOS, NA FALTA DE DADOS NÃO IREMOS NOS RESPONSABILIZAR POR MULTAS OU PROBLEMAS FUTUROS ADVINDOS DO PREENCHIMENTO INCORRETO OU INCOMPLETO DO MESMO, SEMPRE ENCAMINHAR JUNTO DECLARAÇÃO QUE JÁ CONTRIBUIU COM O INS EM OUTRA EMPRESA E CÓPIA DOS DOCUMENTOS ACIMA MENCIONADOS.

ASSINATURA EMPRESA

ASSINATURA DO CONTRIBUENTE INDIVIDUAL