



# FICHA CADASTRAL DE PRESTADOR

CADASTRO PARA PAGAMENTO DE AUTÔNOMOS E E-SOCIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO CONDOMÍNIO E SERVIÇO

NOME DO CONDOMÍNIO	CÓDIGO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
TIPO DE SERVIÇO PRESTADO	PERÍODO / DATA
<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMPLEMENTOS / OBSERVAÇÕES DO SERVIÇO	VALOR BRUTO (R\$)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## DADOS PESSOAIS DO PRESTADOR (E-SOCIAL)

NOME COMPLETO (SEM ABREVIações)			
<input type="text"/>			
LOGRADOURO (RUA, AVENIDA, ETC)			Nº
<input type="text"/>			<input type="text"/>
COMPLEMENTO	BAIRRO	CIDADE	UF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CEP	TELEFONE / WHATSAPP	E-MAIL PARA CONTATO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	<input type="text"/>	
COR / RAÇA	GRAU DE INSTRUÇÃO	NACIONALIDADE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NATURALIDADE (CIDADE)	UF NASC.	PIS / NIT / PASEP	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CPF	IDENTIDADE (RG)	ÓRGÃO EMISSOR / UF	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NOME DO PAI			
<input type="text"/>			
NOME DA MÃE			
<input type="text"/>			
PORTADOR DE DEFICIÊNCIA?	SE SIM, ESPECIFIQUE		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="text"/>		
POSSUI DEPENDENTES?	QUANTIDADE	OBSERVAÇÕES ADICIONAIS	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## DADOS PARA PAGAMENTO E DEPÓSITO

INSTITUIÇÃO BANCÁRIA (BANCO)	AGÊNCIA	NÚMERO DA CONTA	TIPO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> C/C <input type="checkbox"/> C/P
CHAVE PIX (CPF, E-MAIL, CELULAR OU CHAVE ALEATÓRIA)			
<input type="text"/>			

## DECLARAÇÃO E FORMALIZAÇÃO

Declaro que as informações prestadas neste formulário são verídicas e de minha inteira responsabilidade. Autorizo a Cinocred a utilizar estes dados para fins de cadastro, pagamento e cumprimento de obrigações acessórias junto aos órgãos governamentais (E-Social).

RIO DE JANEIRO, RJ, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_\_\_.

ASSINATURA DO PRESTADOR

VISTO / CARIMBO ADMINISTRAÇÃO

### NOTAS IMPORTANTES:

1. Anexe cópias do RG, CPF, PIS e Comprovante de Residência. 2. O preenchimento legível evita atrasos no pagamento. 3. Dados obrigatórios para o E-Social conforme legislação vigente.