

À Superintendência de Seguros Privados

FORMULÁRIO CADASTRAL

FINALIDADE DE PREENCHIMENTO

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> CONTROLADOR |
| <input type="checkbox"/> DETENTOR DE PARTICIPAÇÃO QUALIFICADA |
| <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE/PROCURADOR DE ENTIDADE SUPERVISIONADA |
| <input type="checkbox"/> CONSULTA PRÉVIA A ELEIÇÃO PARA CARGO EM ÓRGÃO ESTATUTÁRIO OU CONTRATUAL |
| <input type="checkbox"/> REELEITO PARA CARGO EM ÓRGÃO ESTATUTÁRIO OU CONTRATUAL |

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE SUPERVISIONADA

DENOMINAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA FÍSICA

NOME COMPLETO			
FILIAÇÃO			
NACIONALIDADE	LOCAL/DATA NASCIMENTO (CIDADE E ESTADO)	SEXO	
PROFISSÃO		ESTADO CIVIL E REGIME DE CASAMENTO	
NOME DO CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A)			
CPF	E-MAIL		
ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO		BAIRRO OU DISTRITO	
CEP	MUNICÍPIO	UF	DDD/TELEFONE

Declaro assumir integral responsabilidade pela fidelidade das informações ora prestadas, ficando a Superintendência de Seguros Privados desde já autorizada a delas fazer, nos limites legais e em juízo ou fora dele, o uso que lhe aprouver.

LOCAL E DATA	ASSINATURA
--------------	------------