

À Superintendência de Seguros Privados

FORMULÁRIO CADASTRAL

FINALIDADE DE PREENCHIMENTO

- | |
|--|
| ☐ CONTROLADOR |
| ☐ DETENTOR DE PARTICIPAÇÃO QUALIFICADA |
| ☐ REPRESENTANTE/PROCURADOR DE ENTIDADE SUPERVISIONADA |
| ☐ CONSULTA PRÉVIA A ELEIÇÃO PARA CARGO EM ÓRGÃO ESTATUTÁRIO OU CONTRATUAL |
| ☐ 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)

IDENTIDADE Nº

ÓRGÃO EXPEDIDOR

DATA EMISSÃO

CPF

TÍTULO ELEITORAL Nº

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