



SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS

CARTA CIRCULAR ELETRÔNICA nº 1/2019/SUSEP/DIRETORIA TÉCNICA 1/CGRAL

A Suas Senhorias os Senhores

Diretores designados como responsável administrativo-financeiro das Sociedades seguradoras, microsseguradoras, de capitalização, resseguradoras locais e entidades abertas de previdência complementar; diretores de sociedades corretoras de resseguros; representante de escritórios de representação dos resseguradores admitidos; e procuradores dos resseguradores eventuais.

Assunto: alteração do modelo de formulário cadastral.

Senhores Diretores, Representantes e Procuradores,

Em decorrência do disposto no Decreto n. 9.094, de 17 de julho de 2017, alterado pelo Decreto n. 9.723, de 11 de março de 2019, fica alterado o modelo de formulário cadastral anexo à Carta-Circular n. 1/2016/Susep-Cgrat, na forma do anexo a esta carta-circular.

Atenciosamente,



Documento assinado eletronicamente por **PAULO CESAR DA COSTA MENDES (MATRÍCULA 1091765), Coordenador-Geral**, em 28/05/2019, às 19:15, conforme artigos 369, 405 e 425 da lei nº 13.105/2015 c/c Decreto nº 8.539/2015 e Instruções Susep 78 e 79 de 04/04/2016 .
Nº de Série do Certificado: 1265663



A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.susep.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&acao_origem=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **0489548** e o código CRC **AA2B61A7**.

Av. Presidente Vargas, 730, 9º Andar - Bairro Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20071-900
- www.susep.gov.br

SEI nº
15414.617179/2019-
62

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 |
|--------------|------------|