

Tipo de Segmento de Comercialização

PF
 PME
 PJ
 Adesão

No caso de produtores de venda que atuem em mais de um segmento acima, assinale todos os segmentos que representam sua atuação.

Tipo de Movimentação

Inclusão de produtor de venda
 Exclusão de produtor de venda
 Alteração dos dados cadastrais
 Inclusão de equipe CNPJ*
 Exclusão de equipe CNPJ*

*Informe o Código do Produtor de Venda CNPJ: _____

Cadastro de Produtor de Venda CNPJ

CNPJ: _____

Código (a ser preenchido pela operação no caso de inclusão): _____

Inscrição municipal: _____ Inscrição estadual: _____

Razão social: _____

CCM (para as corretoras de SP): _____

Endereço: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

DDD: Telefone: _____ DDD: Telefone: _____

E-mail: _____

Banco: _____ Agência: _____ Conta-corrente: _____

Nome do responsável: _____

CPF (responsável): _____ RG (responsável): _____ Data da solicitação: _____

Aprovação do diretor/gerente comercial: _____

Nome do gestor comercial: _____

Documentos Obrigatórios para Abertura de Códigos

Cadastro de Produtor de Venda CNPJ:

- Cópia do contrato social da corretora;
- Cópia do cartão de CNPJ;
- Cópia do RG e CPF do dono/dos sócios;
- Cópia de uma folha de cheque;
- Cópia da nota fiscal;
- Comprovante de endereço da corretora;
- Contrato assinado.

*Encaminhe o aditivo devidamente preenchido e assinado.

Cadastro de Gerente/Supervisor

Tipo de Movimentação

<input type="checkbox"/> Inclusão	<input type="checkbox"/> Exclusão	<input type="checkbox"/> Substituição (informe o gerente/supervisor a ser substituído) _____
<input type="checkbox"/> Alteração dos dados cadastrais		

CPF:	RG:
------	-----

Nome:

Continuação (nome):	Sexo:	Data de nascimento:
---------------------	-------	---------------------

Cartão Susep (no caso de ser uma equipe Susep):

Endereço:

Complemento:	Bairro:
--------------	---------

Cidade:	UF:	CEP:
---------	-----	------

E-mail:

DDD: Telefone residencial:	DDD: Telefone comercial:	DDD: Telefone celular:	Data da solicitação:
----------------------------	--------------------------	------------------------	----------------------

Cadastro do Produtor de Venda CPF

Tipo de Movimentação

<input type="checkbox"/> Inclusão	<input type="checkbox"/> Exclusão	<input type="checkbox"/> Alteração dos dados cadastrais
-----------------------------------	-----------------------------------	---

CPF:	RG:
------	-----

Nome:

Continuação (nome):	Sexo:	Data de nascimento:
---------------------	-------	---------------------

Cartão Susep (no caso de ser uma equipe Susep):

Endereço:

Complemento:	Bairro:
--------------	---------

Cidade:	UF:	CEP:
---------	-----	------

E-mail:

DDD: Telefone residencial:	DDD: Telefone comercial:	DDD: Telefone celular:	Data da solicitação:
----------------------------	--------------------------	------------------------	----------------------

Documentos Obrigatórios para Abertura de Códigos

Cadastro de Gerente/Supervisor e Produtor de Venda CPF

- Cópia do RG e CPF;
- Comprovante de endereço no nome do produtor de venda CPF.

ANEXO I

Da Instrução Normativa SRF nº 459, 18 de outubro de 2004

DECLARAÇÃO

Ilmo. Sr.

AMIL

(Nome da empresa), com sede (endereço completo), inscrita no CNPJ sob o nº..... DECLARA à **AMIL**, para fins de não incidência na fonte da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), e da Contribuição para o PIS/Pasep, a que se refere o art. 30 da Lei nº 10.833, de 29 de dezembro de 2003, que é regularmente inscrita no Regime Especial Unificado de Arrecadação de Tributos e Contribuições devidos pelas Microempresas e Empresas de Pequeno Porte - Simples Nacional, de que trata o art. 12 da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006.

Para esse efeito, a declarante informa que:

I - preenche os seguintes requisitos:

a) conserva em boa ordem, pelo prazo de cinco anos, contado da data da emissão, os documentos que comprovam a origem de suas receitas e a efetivação de suas despesas, bem assim a realização de quaisquer outros atos ou operações que venham a modificar sua situação patrimonial;

b) cumpre as obrigações acessórias a que está sujeita, em conformidade com a legislação pertinente;

II - o signatário é representante legal desta empresa, assumindo o compromisso de informar à Secretaria da Receita Federal do Brasil e à pessoa jurídica pagadora, imediatamente, eventual desenquadramento da presente situação e está ciente de que a falsidade na prestação destas informações, sem prejuízo do disposto no art. 32 da Lei nº 9.430, de 1996, o sujeitará, juntamente com as demais pessoas que para ela concorrem, às penalidades previstas na legislação criminal e tributária, relativas à falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal) e ao crime contra a ordem tributária (art. 1º da Lei nº 8.137, de 27 de dezembro de 1990). Aliquota (___%)

Local e data.....

Assinatura do Responsável

TERMO DE VINCULAÇÃO

Por este **TERMO PARTICULAR DE VINCULAÇÃO**, de um lado, _____, **SUSEP:** _____

ENDEREÇO _____,
doravante denominado simplesmente **CORRETOR/BROKER**, e de outro, **COPASUL ASSESSORIA DE SEGUROS LTDA** **ENDEREÇO: RUA MOSSAMEDES 430 - VILA SANTO ESTEVÃO - CEP 03325-060 - SÃO PAULO/SP - CEP 03325-060**, doravante denominada simplesmente **ASSESSORIA**, têm entre si justo e acertado o que segue:

1 - O **CORRETOR/BROKER**, por este ato, afirma estar ciente de todos os termos e condições da prestação de serviços técnico-operacionais ("**contrato de assessoria**") que será realizada pela **ASSESSORIA** junto a **AMIL ASSISTENCIA MÉDICA INTERNACIONAL** e com eles concorda expressamente;

2 - O **CORRETOR/BROKER** possui o interesse de usufruir do apoio técnico operacional da **ASSESSORIA**, através de seus serviços de prospecção, cadastro e atendimento no que se refere à prestação de orientações gerais quanto às normas de aceitação de beneficiários e elegibilidade, bem como intermediação das relações entre **CORRETOR/BROKER** e **Operadora de Saúde**, motivo pelo qual assina o presente termo de vinculação;

3 - O **CORRETOR/BROKER** declara ainda que com a assinatura do presente termo anui integralmente com as disposições do **contrato de autorização para comercialização de produto e uso da marca ("contrato de broker")**, que regerá diretamente sua relação comercial com a **Operadora de Saúde** e neste termo **INTERVENIENTE ANUENTE**, cujo objeto é a comercialização dos produtos (planos de assistência médica e/ou odontológica) da mesma e Licença de uso de suas marcas. A partir da assinatura do presente termo de vinculação o **CORRETOR/BROKER** está ciente e ratifica que o "**contrato de broker**" passa a ter vigência condicionada à manutenção do "**contrato de assessoria**";

4 - O **CORRETOR/BROKER** é responsável perante a **Operadora de Saúde** e terceiros no que se refere às atividades inerentes à comercialização dos produtos e uso das marcas dessa, respondendo perante terceiros pelos danos que vier eventualmente a causar no que se refere a tais atividades.

5 - O **CORRETOR/BROKER** e **ASSESSORIA** possuem ciência e se comprometem a cumprir integralmente as instruções constantes do "**Guia Grupo Amil de Comunicação Digital para Corretores**";

6 - O **CORRETOR/BROKER** possui ciência e concorda que sua remuneração seguirá o disposto no Anexo I, sendo certo que será orientada pelos critérios objetivos de avaliação ali elencados. Todavia, fica certo entre as partes que poderá haver, a qualquer tempo, alteração da classificação de comissionamento da categoria atual (Anexo I), para a forma descrita no Anexo II, bastando para tanto o envio de notificação para ciência da Parte, o qual desde já aceita tais condições sem oposição.

7 - O desligamento, renúncia ou distrato do presente instrumento jurídico será feito a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das Partes, mediante solicitação por escrito com 30 (trinta) dias de antecedência a ser dirigida à **ASSESSORIA**;

8 - As Partes estabelecem que **ASSESSORIA** não poderá opor resistência ao desligamento formal do **CORRETOR/BROKER**;

9 - A desvinculação do **CORRETOR/BROKER** à **ASSESSORIA** implicará na rescisão do “contrato de broker” e de sua relação comercial com a **Operadora de saúde**.

10 - A vinculação do **CORRETOR/BROKER** à **ASSESSORIA** dar-se-á do partir da assinatura do presente termo e vigorará enquanto permanecer vigente o contrato de prestação de serviços Técnico-Operacionais entre **Operadora de saúde** e **ASSESSORIA** (“contrato de broker”);

11 - A **Operadora de Saúde**, como **INTERVENIENTE ANUENTE** ao presente instrumento, declara estar ciente e de acordo com as condições aqui dispostas.

E, cientes e de acordo com os termos do presente instrumento, assinam este documento em três vias de igual teor, para todos os fins de direito.

SÃO PAULO, _____/_____/_____

CORRETOR/BROKER

**COPASUL ASSESSORIA
ASSESSORIA**

OPERADORA DE SAÚDE/INTERVENIENTE ANUENTE

Documentos necessários.

1. Formulário Cadastral, Termo de vinculação e Formulário simples nacional;
2. Contrato Social;
3. Nota Fiscal: Pode ser qualquer uma emitida para alguma seguradora. Caso ainda não tenha emitido nenhuma nota, enviar tela do sistema de emissão com os dados da corretora;
4. Cartão de CNPJ;
5. CCM;
6. Comprovante bancário (cópia de cheque ou cartão);
7. Susep PJ e Susep do responsável pela corretora;
8. Comprovante de endereço em nome da Corretora e dos sócios;
9. RG e CPF dos sócios;
10. Comprovante de endereço, CPF e RG de quem for mencionado no formulário de cadastro no campo Cadastro do Produtor de Venda CPF;