



Sucursal	Código da Sucursal	CPF / CNPJ
Nome do (a) Corretor (a) de Seguros		<input type="checkbox"/> Pessoa Física <input type="checkbox"/> Pessoa Jurídica

Endereço Comercial

Logradouro: _____ Número: _____ Complemento: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____ - _____
 Telefone: _____ E-mail: _____

Inclusão – Novo (a) Corretor (a)

Relação de documentos, **obrigatórios e legíveis** a serem anexados a este formulário para inclusão de novo (a) Corretor (a) de Seguros:

Pessoa Física - MERCADO

- RG (cópia)
- CPF (cópia)
- Susep (cópia)
- Inscrição Municipal atualizada (cópia)
- Inscrição no INSS ou PIS (cópia)
- Comprovante de Conta Corrente (cartão, cheque ou extrato) (cópia)
- Boleto e Comprovante de pagamento da Contribuição Sindical do exercício atual (cópia)
- Relatório de Visita.
- Outros: _____

Pessoa Jurídica- MERCADO

- Contrato Social atualizado (cópia)
- Alteração (ões) Contratual (is) (se houver) (cópia)
- CNPJ (cópia)
- Susep Jurídica (cópia)
- RG e CPF dos Sócios (cópias)
- Susep do Sócio Responsável (cópia)
- Inscrição Municipal atualizada (cópia)
- Comprovante de Conta Corrente (cartão, cheque ou extrato) (cópia)
- Declaração Simples Nacional (se for o caso)
- Boleto e Comprovante de pagamento da Contribuição Sindical do exercício atual da pessoa Jurídica e do Sócio Responsável (cópia) – **NO CASO DE OPTANTE PELO SIMPLES NÃO É NECESSÁRIO O ENVIO, APENAS A DECLARAÇÃO SIMPLES.**
- Carta de Venda de Produção - assinada pelo(a) Superintendente e sócio(a) que está vendendo ou não a produção, quando o(s) mesmo(s) possuir(em) código de Pessoa Física
- Relatório de Visita.
- Outros: _____

- ✓ Verificar pontos de alerta no Manual;
- ✓ Uma cópia do processo permanecerá arquivada na Sucursal;
- ✓ Iniciar cadastro no CCRR antes do envio;
- ✓ Assinatura do (a) conferente, do (a) Corretor (a), Superintendente Comercial e preenchimento das informações de visita à corretora, são OBRIGATÓRIAS.

Documentos conferidos por:

**Assinatura com carimbo
 Administração da Sucursal**

Visita ao (a) Corretor (a) de Seguros:

Visita realizada em ____/____/____ pelo responsável _____, conforme Comunicado/Orientação da Diretoria de Mercado.

 Assinatura do (a) Corretor (a) e Data

 Assinatura do Superintendente Comercial com Carimbo