

**Dados do(a) Corretor(a) de Seguros**

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

**Endereço da Visita**

Logradouro: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Dados da Visita**

☐ Visita ao espaço físico do(a) Corretor(a) de Seguros em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

☐ Certificação a respeito da veracidade dos números de telefones e e-mails.

☐ Quais Seguradoras que o(a) Corretor(a) de Seguros atua?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Proposta de Atuação do(a) Corretor(a) com a Bradesco Seguros (Breve relato):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ O(A) Corretor(a) de Seguros apresentou todos os documentos do check list.

☐ Entrega do processo na Sucursal Operacional em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Responsável pela Visita**

Nome:

Código Funcional:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável