



Modelo 2 - Formulário Cadastral, Autorizações e Declarações Pessoa Natural

Este modelo se destina ao atendimento dos itens: 19, 20, 21 e 22 do Anexo I da Circular Susep nº 700/2024
11, 12, 13 e 14 do Anexo III da Circular Susep nº 700/2024

Assinale a finalidade:

Controlador/Integrante do grupo de controle (Pessoa Natural)

Detentor de participação qualificada (Pessoa Natural)

Formulário Cadastral – Pessoa Natural

Identificação da entidade supervisionada ou corretora de resseguros	
Razão Social:	
CNPJ:	
Identificação da Pessoa Natural	
Nome Completo:	
CPF:	RG:
Profissão:	
Nome da mãe (conforme consta do CPF):	
Nome do pai:	
Nacionalidade:	Data de nascimento (dd/mm/aaaa):
Município de nascimento:	UF de nascimento:
E-mail:	Telefone:
Endereço residencial	
Rua ou Avenida:	
Nº:	Complemento:
Bairro ou distrito:	
CEP:	
Município:	UF:
País:	
Estado civil e regime de casamento	
Estado Civil:	Regime de casamento:
Nome do cônjuge ou companheiro(a):	



Modelo 2 - Formulário Cadastral, Autorizações e Declarações
Pessoa Natural

Este modelo se destina ao atendimento dos itens: 19, 20, 21 e 22 do Anexo I da Circular Susep nº 700/2024
11, 12, 13 e 14 do Anexo III da Circular Susep nº 700/2024

Declarações e Autorizações – Pessoa Natural

Nome:		
Declaração ou Autorização		Assinale
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.		
Declaro que, à exceção das ocorrências listadas no quadro abaixo, atendo às condições estabelecidas no art. 44, caput, incisos I a VII, da Resolução CNSP nº 422, de 11 de novembro de 2021, e não respondo a processos relacionados no art. 44, §1º, incisos I e II, do mesmo normativo ou outro que venha a lhe substituir no tratamento do tema.		
Autorizo a Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil a fornecer à Susep as Declarações de Ajuste Anual do Imposto de Renda relativas aos dois últimos exercícios, para uso exclusivo neste processo.		
Autorizo a Superintendência de Seguros Privados a ter acesso a informações a meu respeito, constantes de qualquer sistema público ou privado de cadastro e informações, inclusive processos e procedimentos judiciais ou administrativos e inquéritos policiais, para uso exclusivo no exame deste processo.		

Possui ocorrências?	
Sim	
Não	

Assinatura(s) [em caso de assinatura manual, rubricar as demais folhas]

Subscritor	Assinatura	Data (dd/mm/aaaa)