



RUA CUBATAO, 320 - PARAISO
SAO PAULO - SP
CEP 04013-001

		033-7			RECIBO DO SACADO	
LOCAL DE PAGAMENTO ATE O VENCIMENTO, PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SANTANDER				PARCELA/PLANO 01	VENCIMENTO 04/06/2018	
RECEBIDOR SOMPO SEGUROS S.A. - CNPJ: 61.383.493/0001-80				AGENCIA/CODIGO RECEBEDOR 0001/8105928-4		
DATA DO DOCUMENTO 28/05/2018	NUMERO DO DOCUMENTO 1820221935	ESPECIE DO DOCUMENTO SEGURO	ACEITE N	DATA PROCESSAMENTO 28/05/2018	NOSSO NUMERO 5090800559310	
PARCELA/PLANO 01	CARTEIRA COB	ESPECIE DA MOEDA RS	QUANTIDADE	VALOR	(*) VALOR DO DOCUMENTO RS 34,12	
Instrucoes (Texto de responsabilidade do recebedor) NAO RECEBER APOS O VENCIMENTO, CASO ESTA DATA OCORRA NOS FINAIS DE SEMANA OU FERIADO, RECEBER NO 1o DIA UTIL SUBSEQUENTE. EXCLUSIVO PARA PAGAMENTO ANTECIPADO.				(-) DESCONTO/ABATIMENTO		
				(-) OUTRAS DEDUCOES		
				(+*) MORA/MULTA		
				(+*) OUTROS ACRESCIMOS		
				(*) VALOR COBRADO RS 0,00		
				RS		

PAGADOR
SAMARA FERREIRA DE PAULA BATISTA
R CARLOS PINHEIRO CHAGAS, 455 RESSACA
CEP. 32.113-460 - CONTAGEM-MG

CPF/CNPJ: 140.200.716-75

Codigo Barco

Corte aqui ✂

VIA DO BANCO

		033-7			03399810529285090800255931001014875450000003412	
LOCAL DE PAGAMENTO ATE O VENCIMENTO, PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SANTANDER				PARCELA/PLANO 01	VENCIMENTO 04/06/2018	
RECEBIDOR SOMPO SEGUROS S.A. - CNPJ: 61.383.493/0001-80				AGENCIA/CODIGO RECEBEDOR 0001/8105928-4		
DATA DO DOCUMENTO 28/05/2018	NUMERO DO DOCUMENTO 1820221935	ESPECIE DO DOCUMENTO SEGURO	ACEITE N	DATA PROCESSAMENTO 28/05/2018	NOSSO NUMERO 5090800559310	
PARCELA/PLANO 01	CARTEIRA COB	ESPECIE DA MOEDA RS	QUANTIDADE	VALOR	(*) VALOR DO DOCUMENTO RS 34,12	
Instrucoes (Texto de responsabilidade do recebedor) NAO RECEBER APOS O VENCIMENTO, CASO ESTA DATA OCORRA NOS FINAIS DE SEMANA OU FERIADO, RECEBER NO 1o DIA UTIL SUBSEQUENTE. EXCLUSIVO PARA PAGAMENTO ANTECIPADO.				(-) DESCONTO/ABATIMENTO		
				(-) OUTRAS DEDUCOES		
				(+*) MORA/MULTA		
				(+*) OUTROS ACRESCIMOS		
				(*) VALOR COBRADO RS 0,00		
				RS		

**ATESTO QUE O SERVIÇO FOI
PRESTADO E/OU MATERIAL
FORNECIDO. 28/05/18**

PAGADOR
SAMARA FERREIRA DE PAULA BATISTA
R CARLOS PINHEIRO CHAGAS, 455 RESSACA
CEP. 32.113-460 - CONTAGEM-MG

CPF/CNPJ: 140.200.716-75

Codigo Barco

Autenticacao Mecanica - Ficha de Compensacao



Corte aqui ✂

**Comprovante de Pagamento de Boleto**

Via Internet Banking CAIXA

Banco Receptor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	17.359.415/0001-59
Nome:	INSTITUICAO ESP LAR DE MARCOS
Conta de débito:	1532 / 003 / 00004322-2

Representação numérica do código de barras:	03399.81052 92850.908002 55931.001014 8 75450000003412
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	033
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	INSTITUICAO ESP LAR DE MARCOS
CPF/CNPJ:	17.359.415/0001-59

Data do Vencimento:	04/06/2018
Data de Efetivação / Agendamento:	28/05/2018
Valor Nominal do Boleto:	34,12
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	34,12
Valor Pago (R\$):	34,12
Identificação do Pagamento:	SEG VIDA SAMARA FERREIRA

Data/hora da operação:	28/05/2018 14:29:14
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	48369473
Chave de segurança:	ESGYQWZR7H0YPJ79

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Produto

Vida Individual - PLC

Dados do Seguro

Proposta	Versão	Data da Proposta	Válido até	Vigência	Total de Itens
0152697	1.13.000	28/05/2018	28/05/2018	De 24 hrs 27/05/2018 até 24 hrs 27/05/2019	1
Tipo de Prazo		Tipo de Seguro		Número de Protocolo (PI)	
Anual Parcelado		Seguro Novo		1820221935	

Dados do Proponente

Nome				CPF
SAMARA FERREIRA DE PAULA BATISTA				140.200.716-75
Tipo de Documento	Número	Data de Emissão	Orgão Emissor	Nacionalidade
RG	MG20421091	26/07/2013	SSP	Brasileira
Renda Mensal (R\$)			Correio Eletrônico	
500,00			CONTABILIDADE@LARDEMARCO.SORG.BR	
Atividade Econômica			Código Operação	
Estagiário			040/00-00	
Endereço Residencial			Complemento	Telefone
Logradouro				3133523855
R CARLOS PINHEIRO CHAGAS, 455				
Cidade	UF	CEP	Bairro	
CONTAGEM	Minas Gerais	32113460	RESSACA	

Dados do Risco

Titular				CPF
Nome				140.200.716-75
SAMARA FERREIRA DE PAULA BATISTA				
Tipo de Documento	Número	Data de Emissão	Orgão Emissor	Nacionalidade
RG	MG20421091	26/07/2013	SSP	Brasileira
Data de Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil	Fumante
26/02/2001	17	Feminino	Solteiro	Não
Atividade / Ocupação				Renda Mensal (R\$)
Estagiário				500,00
Detalhamento da Atividade / Ocupação				
ESTAGIARIO				
Prática de Esportes				
Nenhum esporte da lista acima				
Pessoa Politicamente Exposta				
É uma pessoa politicamente exposta conforme previsto na Circular SUSEP 445/2012?				() Sim () Não
Se sim, em qual cargo/função?				

Coberturas

Cobertura	Capital Individual	Prêmio Individual
-----------	--------------------	-------------------

23

Coberturas (continuação)

Cobertura	Capital Individual	Prêmio Individual
Morte Acidental	10.000,00	11,90
Invalidez Perm. Total ou Parcial por Acidente	10.000,00	7,44

Assistências

Assistência	Capital Individual	Prêmio Total
Funeral Nobre Individual	-	14,78

Demonstrativo de Prêmio Total

Prêmio Líquido R\$	Prêmio de Assistência R\$	Adicional de Fracionamento R\$	IOF R\$	Prêmio Total R\$
19,27	14,72	0,00	0,13	34,12

Forma e Periodicidade de Pagamento

Tipo Pagto Parcela: Boleto Avulso		Dia Vencimento: -			
Periodicidade de Pagamento	Prêmio 1ª Parcela	Prêmio Demais Parcelas	IOF R\$	Prêmio Total R\$	
Anual	34,12	0,00	0,13	34,12	

Observações

Em caso de morte por acidente, os capitais segurados das coberturas de Morte e Morte Acidental, desde que contratadas, se acumulam.

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Declaro, para todos os fins, ter tido conhecimento prévio das Condições Gerais e Especiais do seguro, suas coberturas e limitações (riscos excluídos e perda de direitos), com as quais concordo plena e integralmente. Declaro que todas as informações prestadas nesta proposta são verdadeiras, completas, exatas e precisas com relação às circunstâncias por mim conhecidas e que possam influir na avaliação do risco a ser feita pela Sompo Seguros S/A, sob pena de perder o direito à eventual cobertura securitária (artigo 766 do Código Civil Brasileiro). Assumo o compromisso de comunicar de forma imediata à Sompo Seguros S/A quaisquer outras que possam modificar o risco ora garantido, em conformidade com as Condições Gerais e Especiais, concordando plenamente com eventuais ajustes de prêmio. Estou ciente e de acordo que não haverá cobertura para eventos ou doenças preexistentes à contratação deste seguro, conforme previsto nas Condições Gerais e Especiais. Estou ciente que a Sompo Seguros S/A poderá solicitar o envio ou a realização de exames médicos e laboratoriais e informações adicionais, e que somente após o recebimento de todos os exames e informações requeridas, a Sompo Seguros S/A decidirá quanto à aceitação integral ou parcial desta proposta. Estou ciente que a inexistência de saldo suficiente em minha conta corrente ou a impossibilidade de efetuar o débito por encerramento da conta ou transferência de agência, pelo período determinado nas Condições Gerais do seguro implicará no cancelamento por parte da Sompo Seguros S/A.

28/05/2018

Local e Data

INSTITUICAO HOSPITAL DE MARCOS

Assinatura do Proponente ou Representante Legal

Local e Data

Assinatura do Cônjuge

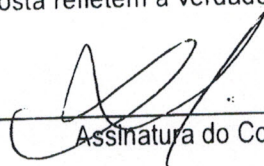
Dados do Corretor

Código	Nome	Registro SUSEP
0917771	INFORSEG COR ADM SEG LT	00374997
Filial	Produtor	Telefone
Mangabeiras	ATEND ASS FF BELO HORIZONTE	+55(00)32193190

DECLARAÇÃO DO CORRETOR

Estou ciente de minha responsabilidade pela conferência dos documentos de identificação do proponente, bem como pela autenticidade de sua assinatura e veracidade dos dados cadastrais, sob as penas da legislação civil e penal, especialmente da Lei nº. 4594/64, Capítulo V. Declaro que entreguei ao Proponente as Condições Gerais e Especiais deste seguro, o qual está ciente de seu conteúdo, que a Declaração Pessoal de Saúde e Atividade e a indicação de beneficiários foram preenchidas de próprio punho pelo proponente titular, ou seu responsável, se menor, e que, segundo meu conhecimento, todas as informações, repostas e declarações desta proposta refletem a verdade, não contendo incorreções ou omissões.

28/05/2018
Local e Data


Assinatura do Corretor

Notas Importantes

Processo SUSEP: 15414.004129/2006-04
Código do ramo: 1381; 1391

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização. O proponente poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio de seu numero de registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

As condições contratuais/regulamento deste produto protocoladas pela sociedade/entidade junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.

Este seguro é por prazo determinado tendo a sociedade seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

Declaração Pessoal de Saúde e Atividade

Esta declaração deve ser integralmente preenchida, utilizando as expressões "SIM" ou "NÃO", ou ainda "S" para SIM ou "N" para NÃO, completando também todos os dados e informações necessárias à análise e aceitação da proposta, ainda que não expressamente solicitadas, mas de conhecimento do proponente. As respostas e informações serão incluídas em bancos de dados que poderão ser consultados para fins de análise de riscos e de liquidação de processos de indenização, inclusive de Cosseguro e Resseguro podendo ainda a Sompo Seguros S/A estender as consultas a bancos de dados de entidades de perfil de crédito e proceder ao registro destas consultas junto a tais entidades. Se o proponente for menor de 18 (dezoito) anos, esta declaração deverá ser respondida e assinada pelo responsável legal.

Questões	Titular	Cônjuge
<p>1 - Encontra-se em plena atividade de trabalho? Se responder não, esclarecer porque não está trabalhando. Se responder não por estar aposentado, informe o motivo e a data da aposentadoria no campo informações adicionais.</p> <p>2 - Sofre atualmente ou sofreu nos últimos 5 (cinco) anos de alguma moléstia que o tenha obrigado a consultar médico, hospitalizar-se, submeter-se a exames laboratoriais (tomografia, ressonância magnética, biópsias ou qualquer outro exame de diagnóstico), intervenções cirúrgicas e tratamento médico como por exemplo, diabetes, câncer, hipertensão, AIDS, doenças neurológicas ou psiquiátricas, digestivas, renais, hepáticas, circulatórias, pulmonares, cardíacas ou a se afastar de suas atividades normais? Informe o(s) motivo(s), datas, exames, testes laboratoriais, resultados e os dados do médico que fez/faz o tratamento. Caso positivo para qualquer indicação acima Informe o(s) motivo(s), datas, exames, testes laboratoriais, resultados e os dados do médico que fez/faz o tratamento.</p> <p>3 - Está sob observação, controle ou tratamento médico? Faz uso de medicação contínua? Especifique o(s) tipo(s) de tratamento(s), médico(s), medicamento(s) e dose(s) diária(s).</p> <p>4 - Foi submetido a tratamento em regime hospitalar ou intervenção cirúrgica ou ainda em clínica médica ou de reabilitação nos últimos 10 anos? Em caso afirmativo informar qual(is) o(s) diagnóstico(s) e período(s) de internação.</p> <p>5 - É ou foi portador de alguma doença ou lesão produzida pelo trabalho (doença profissional)? Possui deficiência de órgãos, Membros ou sentidos? Em caso afirmativo, esclareça.</p> <p>6 - É piloto em competições automobilísticas ou motociclísticas? Pratica esportes Radicais ou possui Hobby de alto risco? Esclareça e especifique qualquer item afirmativo.</p> <p>7 - É condutor habilitado de motocicleta ou ciclo motor? Em caso afirmativo, informar frequência, periodicidade e finalidade (ida e volta ao trabalho/escola ou no exercício do trabalho/ocupação). Caso a finalidade seja a trabalho, detalhar qual é o trabalho executado e o local de circulação.</p>		

Dados de Beneficiários

Titular

Beneficiário(s) não indicado(s)

Na falta de indicação de pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago metade ao Cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária, conforme art. 792 do Código Civil Brasileiro.

O segurado poderá a qualquer tempo, substituir o(s) beneficiário(s), desde que o faça mediante informação por escrito, entregue à Sompo Seguros S/A, para a qual valerá sempre a última comunicação efetivamente recebida e assinada pelo segurado.

Informações Adicionais - Declaração Pessoal de Saúde, Atividade e Beneficiários

Item	Titular	Cônjuge	Descrição
------	---------	---------	-----------

Informações Adicionais - Declaração Pessoal de Saúde, Atividade e Beneficiários (cont.)

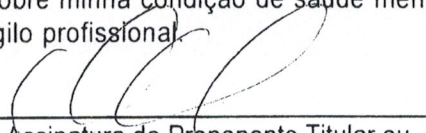
Item	Titular	Cônjuge	Descrição
------	---------	---------	-----------

Atenção: A contar da data de recebimento desta proposta pela Sompo Seguros S/A, devidamente acompanhada de toda a documentação eventualmente necessária a análise do risco, a Sompo Seguros S/A terá 15 (quinze) dias para avaliar se aceita ou não esta proposta, obedecidas as suas exclusivas regras de aceitação, que são aplicáveis indistintamente em todas as propostas. Para aceitação deste seguro a Sompo Seguros S/A poderá solicitar outros documentos necessários a análise do risco. Caso a proposta não seja aceita pela Sompo Seguros S/A, e tenha havido algum adiantamento do prêmio, este será devolvido corrigido pela variação do IPC-FIPE, pro rata die. Nos casos em que a aceitação da proposta dependa de contratação ou alteração da cobertura de resseguro, os prazos previstos acima serão suspensos até que o ressegurador se manifeste formalmente.

Declaro que todas as informações prestadas nesta proposta, foram fornecidas por mim ou a partir de minhas indicações, sendo verdadeiras, completas, exatas e precisas com relação às circunstâncias por mim conhecidas e que possam influir na avaliação do risco a ser feita pela Sompo Seguros S/A, sob pena de perder o direito à eventual cobertura securitária (artigo 766 do Código Civil Brasileiro). Assumo o compromisso de comunicar de forma imediata à Sompo Seguros S/A quaisquer alterações nas informações ora prestadas ou ainda quaisquer outras que possam modificar o risco ora garantido, em conformidade com as Condições Gerais e Especiais, concordando plenamente com eventuais ajustes de prêmio. Autorizo a Sompo Seguros S/A a obter de qualquer médico, hospital, clínica, consultórios, ambulatórios ou seguradoras, documentos e informações referentes e sobre minha condição de saúde mental e física, anterior e atual, dispensando-os de qualquer impedimento ligado ao sigilo profissional.

28/05/2018

Local e Data



Assinatura do Proponente Titular ou

~~Resp. Legal (proponente titular)~~

Local e Data

Assinatura do Cônjuge

Produto

Vida Individual - PLC

Dados do Seguro

Cotação	Data do Cálculo	Válido até	Vigência	Total de Itens
0814272	25/05/2018	25/05/2018	De 24 hrs 24/05/2018 até 24 hrs 24/05/2019	1

Dados do Proponente

Nome	SAMARA FERREIRA DE PAULA BATISTA	CPF	140.200.716-75
Renda Mensal (R\$)	500,00	Correio Eletrônico	CONTABILIDADE@LARDEMARCOS.ORG.BR
Atividade Econômica	Estagiário	Código Operação	040/00-00

Dados do Risco

Titular							
Nome	SAMARA FERREIRA DE PAULA BATISTA					CPF	140.200.716-75
Data de Nascimento	26/02/2001	Idade	17	Sexo	Feminino	Estado Civil	Solteiro
				Fumante	Não	Altura (m)	1,65
						Peso (Kg)	58,000
Atividade / Ocupação	Estagiário					Renda Mensal (R\$)	500,00
Detalhamento da Atividade / Ocupação	ESTAGIARIO						
Prática de Esportes	Nenhum esporte da lista acima						

Coberturas

Cobertura	Capital Individual	Prêmio Individual
Morte Acidental	10.000,00	11,90
Invalidez Perm. Total ou Parcial por Acidente	10.000,00	7,44

Assistências

Assistência	Capital Individual	Prêmio Total
Funeral Nobre Individual	-	14,78

Demonstrativo de Prêmio Total

Tipo de Prazo	Prêmio Líquido R\$	Prêmio de Assistência R\$	IOF R\$	Prêmio Total R\$
Anual Parcelado	19,27	14,72	0,13	34,12

Forma e Periodicidade de Pagamento

Periodicidade de Pagamento	Prêmio 1ª Parcela	Prêmio Demais Parcelas	IOF R\$	Prêmio Total R\$
Anual	34,12	0,00	0,13	34,12

Observações

Aceitação sujeita à análise prévia da Somo Seguros.

Em caso de morte por acidente, os capitais segurados das coberturas de Morte e Morte Acidental, desde que contratadas, se acumulam.

Dados do Corretor

Código	Nome	Registro SUSEP
0917771	INFORSEG COR ADM SEG LT	00374997
Filial	Produtor	Telefone
Mangabeiras	ATEND ASS FF BELO HORIZONTE	+55(00)32193190

Notas Importantes

Processo SUSEP: 15414.004129/2006-04

Código do ramo: 1381; 1391

Ocorrendo aniversário do proponente dentro do prazo de validade indicado e que represente alteração de faixa, deverá ser feito novo orçamento adequando-se a nova idade.

Para Capitais Segurados acima de R\$ 1.000.000,00, a análise para possível aceitação do risco é realizada em conjunto com o ressegurador para eventual contrato facultativo, sendo necessário o envio dos documentos complementares Ficha de Informações Financeiras e Declaração Pessoal de Saúde. O prazo previsto no artigo 2º da Circular SUSEP, de 15 de abril de 2004, de 15 (quinze) dias para aceitação do risco fica automaticamente suspensa, até a conclusão da análise do(s) ressegurador(es).

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização. O proponente poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio de seu número de registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Ter o futuro em suas mãos é reduzir as incertezas da vida e garantir a segurança econômica das pessoas que você ama. Com o Somo Vida Individual, você garante uma importante soma de dinheiro para sua família, no momento que ela mais precisar.

Com o Somo Vida Individual você e sua família poderão contratar a Assistência Funeral, pois sabemos que o evento de falecimento é sempre difícil, pois provoca emoções fortes e normalmente deixa os familiares vulneráveis e sem condições de lidar com os assuntos práticos. Todos os trâmites necessários ao sepultamento serão resolvidos através de uma simples ligação para a nossa Central de Atendimento.

E ainda, terão direito a usufruir de uma série de benefícios, vantagens e condições de pagamentos diferenciados através dos demais serviços de assistência que tornarão sua vida muito mais tranquila.



NOSSA TRANSPARÊNCIA. SUA CONFIANÇA
CNPJ:33.164.021/0001-00

Cotação
Tokio Marine Acidentes Pessoais Estagiário
Processo SUSEP: 15414.900143/2017-85

Dados de Controle

No. Cotação	Ramo	Id
605115	1381	605115

Informações do Proponente

Proponente	CPF
SAMARA FERREIRA DE PAULA BATISTA	140.200.716-75
Sexo	Data de Nascimento
FEMININO	26/02/2001
Profissão (Ocupação)	Faixa de Renda
ESTAGIARIO / BOLSISTA	De R\$ 880 à R\$ 5.000

Informações do Seguro

Vigência
25/05/2018 até 25/05/2019
Referência
C05000A00000AC00000DC00000UE000TECNICAB

O início de vigência será a partir das 24 horas da data da contratação da Proposta para a Seguradora, ou outra data posterior, se estabelecida na Proposta de Contratação, sendo a cobertura do seguro condicionada à aceitação do risco pela Seguradora e emissão da apólice.

Coberturas:

Descrição	Capitais Segurados	Franquias	Prêmios Anuais (R\$)
MORTE ACIDENTAL	10.000,00	Não há	24,19
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	10.000,00	Não há	13,70

- O prêmio acima demonstrado em cada cobertura contempla 0,38% de IOF (Imposto sobre Operações Financeiras).
(* Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

- **(IPA) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:** o valor do capital demonstrado na cobertura de IPA refere-se à Invalidez Total. No caso de Invalidez Parcial, a indenização será de acordo com os percentuais estabelecidos nas Condições Gerais.

Assistências

FUNERAL TITULAR (Segurado titular) / R\$ 5.000,00
VIDA SAUDÁVEL (durante o período de 12 meses, a partir da data de início de vigência da apólice. Após esse período, fica a critério da Seguradora a permanência da assistência)
DESCONTO FARMÁCIA
REDE DE DESCONTOS

Forma de Pagamento

Quantidade	Valor da Parcela
1	R\$ 37,89

- Desconto para pagamento antecipado de 12 parcelas.

Da aceitação do Seguro:

A aceitação do Seguro estará sujeita a análise do risco pela Seguradora.

O início de vigência será a data da contratação da Proposta para a Seguradora, ou, outra data posterior, se solicitada pelo proponente.

Somente poderá ser aceita no seguro a pessoa que na data da contratação da Proposta de Contratação tenha a idade dentro dos limites estabelecidos no Produto.

É NECESSÁRIO QUE O PROPONENTE TENHA CIÊNCIA DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO PREVIAMENTE AO ENVIO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO.

Telefones Úteis	SAC	SAC - Deficiente Auditivo e de Fala	Disque Fraude	Ouvidoria
Central de Atendimento	0800 7039000	0800 7701523	0800 7076060	0800 4490000
0300 33 TOKIO(86546)	Registro SUSEP	Telefone	Data de Impressão	Data de Referência
Correlora	10.0374997	0313219319		
			Data da última atualização	Hora
				15:32:53
				Folha
				1 / 2

Cotação Nº 7380624	Vigência 25/05/2018 a 25/05/2019	Versão V10817	Filial ASSEMBLEIA
------------------------------	--	-------------------------	-----------------------------

DADOS DO PROPONENTE
Nome do Proponente

SAMARA FERREIRA DE PAULA BATISTA

Data de Nascimento

26/02/2001 - 17 anos

Estado Civil

Solteiro(a)

Profissão

Estudantes

DADOS DO CORRETOR
Corretor

TCD ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGS LTDA

Telefone

(31)3219-3189

Código LS

99015660

Participação

100,00 %

Tipo de Participação

CO

DEMONSTRATIVO DE PRÊMIO
Prêmio Líquido (R\$)

49,97

Custo de Apólice (R\$)
Adic. Fracionamento (R\$)
IOF (R\$)
Prêmio Total (R\$)
Juros (%)
FORMAS DE PAGAMENTO (Periodicidade Mensal)
DIA PREFERENCIAL DE PAGAMENTO:

Descrição	CARNÊ	DÉBITO C/C	CARTÃO DE CRÉDITO
	Valor das Parcelas (R\$)	Valor das Parcelas (R\$)	Valor das Parcelas (R\$)
À VISTA	50,16	50,16	50,16
1 + 1	25,08	25,08	25,08
1 + 2		16,72	16,72

00001111100000009000300000100

COBERTURAS
Coberturas Contratadas

Morte Acidental

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

Cap. Segurado (R\$)

10.000,00

10.000,00

Prêmio (R\$)

43,27

6,70

SERVIÇOS COMPLEMENTARES

Liberty Sorteio

Liberty Assistência Funeral Individual

INFORMAÇÕES GERAIS

- Liberty Sorteio: o segurado titular participará gratuitamente de 01 (um) sorteio mensal, sempre no último sábado do mês, a partir do mês seguinte à sua adesão ao seguro, através de títulos de capitalização, garantidos pela Sul América Capitalização S/A. - Sulacap, cujo valor da premiação será de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) cada, bruto de I. R. Sobre o valor do prêmio de sorteio, incidirá Imposto de Renda, obedecida a legislação vigente na época.
- Liberty Assistência Funeral: fornecimento de um serviço para o caso de ocorrer a morte do Segurado Titular, sendo acionado via Assistência 24 horas através de um 0800.
- Esta cotação terá validade de no máximo 15(quinze) dias. Após esta data todas as condições deverão ser reanalisadas.
- O registro deste plano de seguro na SUSEP não implica, por parte daquela autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

44



NOSSA TRANSPARENCIA. SUA CONFIANÇA
CNPJ:33.164.021/0001-00

Cotação
Tokio Marine Acidentes Pessoais Estagiário
Processo SUSEP: 15414.900143/2017-85

INFORSEG CORR ADM SEGUROS LTDA			25/05/2018	25/05/2018	25/05/2018		
Tokio Marine Seguradora S.A. Matriz - Rua Sampaio Viana, 44 - Paraíso - CEP 04004-902 - SÃO PAULO			Sucursal: BELO HORIZONTE				

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035, de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-Lei nº 5452, de 01.05.1945 que aprovou a CTPS. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FCTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta e qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Peça sua importância, é seu dever protegê-la. Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTERIO DO TRABALHO
E EMPREGO

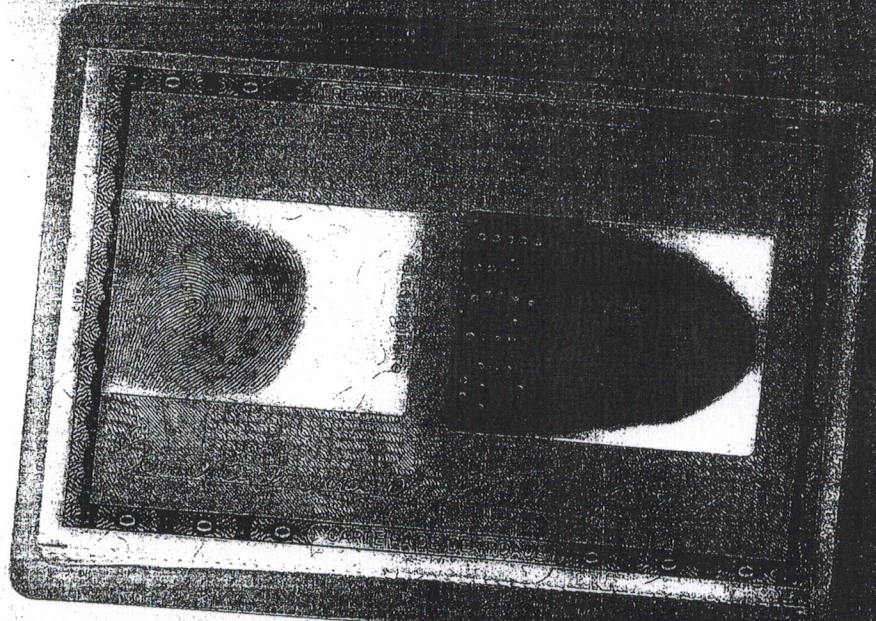
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDENCIA SOCIAL

212.980343016

2612114

0050

MG



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



FILIAÇÃO: ROBSON MAREAL FERREIRA DE SAUS
 AMARANTAS FERREIRA DE SAUS
 NASCIMENTO: 26/02/09
 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
 NATURALIDADE: BELO HORIZONTE, MG
 DOCUMENTO: CPF: 204.109.125/0-0
 LEI Nº 9.419, DE 18 DE MAIO DE 1997
 CPF: 740.200.716-5
 TIPO DE ERRO: DNE
 LOCAL/DATA DE EMISSÃO: CPTI - CONTINGENTE - 10/02/09

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO	DATA DE NASC. DE DOCUMENTO	PARA	MOTIVO
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR			
NOME	DOCUMENTO		MOTIVO
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR			
NOME	DOCUMENTO		MOTIVO
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR			
NOME	DOCUMENTO		MOTIVO
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR			

L E G E N D A
 A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
 B - SEP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

