

120  
120

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

VIA DO BANCO

		033-7	0339981052928508090025197290101437500000003490			
LOCAL DE PAGAMENTO			PARCELA/PLANO	VENCIMENTO		
ATE O VENCIMENTO, PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SANTANDER			01	20/04/2018		
RECEBEDOR			AGENCIA/CODIGO RECEBEDOR			
SOMPO SEGUROS S.A. - CNPJ: 61.383.493/0001-80			0001/8105928-4			
DATA DO DOCUMENTO	NUMERO DO DOCUMENTO	ESPECIE DO DOCUMENTO	ACEITE	DATA PROCESSAMENTO	NOSSO NUMERO	
13/04/2018	1820143566	SEGURO	N	13/04/2018	5080900519729	
PARCELA/PLANO	CARTEIRA	ESPECIE DA MOEDA	QUANTIDADE	VALOR	(=) VALOR DO DOCUMENTO	
01	COB	RS			RS 34,90	
Instrucoes (Texto de responsabilidade do receptor)					(-) DESCONTO/ABATIMENTO	
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.					(-) OUTRAS DEDUCOES	
					(+) MORA/MULTA	
					(+) OUTROS ACRESCIMOS	
					RS 0,00	
					(=) VALOR COBRADO	
					RS	

PAGADOR  
LETICIA GRIZOTTI PRADO ASSIS  
R CARLOS PINHEIRO CHAGAS, 522 RESSACA  
CEP: 32.113-460 - CONTAGEM-MG

CPF/CNPJ: 147.806.506-07

Codigo Caixa  
Autenticacao Mecanica - Ficha de Compensacao



Corte aqui ✂

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI  
PRESTADO E/OU MATERIAL  
FORNECIDO. 13/04/18  
[Handwritten signature]

**Comprovante de Pagamento de Boleto**

Via Internet Banking CAIXA

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

<b>Representação numérica do código de barras:</b>	03399.81052 92850.809002 51972.901014 3 75000000003490
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO SANTANDER S.A.
<b>Código do Banco:</b>	033
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INSTITUICAO ESP LAR DE MARCOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.359.415/0001-59

<b>Data do Vencimento:</b>	20/04/2018
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	16/04/2018
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	34,90
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	34,90
<b>Valor Pago (R\$):</b>	34,90
<b>Identificação do Pagamento:</b>	SEG VIDA LETICIA GRIZOTTI

<b>Data/hora da operação:</b>	16/04/2018 14:56:35
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	06619174
<b>Chave de segurança:</b>	LV9JX05VSXKYMUNE

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
0141982	1.13.000	13/04/2018	13/04/2018	De 24 hrs 12/04/2018 até 24 hrs 12/04/2019	1
Tipo de Prazo		Tipo de Seguro		Número de Protocolo (PI)	
Anual Parcelado		Seguro Novo		1820143566	

## Dados do Proponente

Nome				CPF
LETICIA GRIZOTTI PRADO ASSIS				147.806.506-07
Tipo de Documento		Número	Data de Emissão	Orgão Emissor
RG		21342441	12/05/2015	SSP
Renda Mensal (R\$)				Correio Eletrônico
500,00				contabilidade@lardemarcos.org.br
Atividade Econômica				Código Operação
Estagiário				050/00-00
Endereço Residencial				
Logradouro			Complemento	Telefone
R CARLOS PINHEIRO CHAGAS, 522				3133523855
Cidade	UF	CEP	Bairro	
CONTAGEM	Minas Gerais	32113460	RESSACA	

## Dados do Risco

Titular							
Nome						CPF	
LETICIA GRIZOTTI PRADO ASSIS						147.806.506-07	
Tipo de Documento		Número	Data de Emissão	Orgão Emissor	Nacionalidade		
RG		21342441	12/05/2015	SSP	Brasileira		
Data de Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil	Fumante	Altura (m)	Peso (Kg)	
06/03/2003	15	Feminino	Solteiro	Não	1,65	48,000	
Atividade / Ocupação						Renda Mensal (R\$)	
Estagiário						500,00	
Detalhamento da Atividade / Ocupação							
CONTABILIDADE							
Prática de Esportes							
Nenhum esporte da lista acima							
Pessoa Politicamente Exposta							
É uma pessoa politicamente exposta conforme previsto na Circular SUSEP 445/2012?						( ) Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Se sim, em qual cargo/função?							

## Coberturas

Cobertura	Capital Individual	Prêmio Individual

## Coberturas (continuação)

Cobertura	Capital Individual	Prêmio Individual
Morte Acidental	10.000,00	14,27
Invalidez Perm. Total ou Parcial por Acidente	10.000,00	8,92

## Assistências

Assistência	Capital Individual	Prêmio Total
Funeral Luxo Individual	-	11,71

## Demonstrativo de Prêmio Total

Prêmio Líquido R\$	Prêmio de Assistência R\$	Adicional de Fracionamento R\$	IOF R\$	Prêmio Total R\$
23,10	11,67	0,00	0,13	34,90

## 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	34,90	0,00	0,13	34,90	

## 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.

Local e Data

Assinatura do Proponente ou Representante Legal

**INSTITUICAO ESP**  
**ROBERTO DE MARCO**

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.

13/04/2018

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](http://www.susep.gov.br), por meio de seu número 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](http://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.

Data: 13/04/2018 6:09 PM

Matriz: Rua Cubatão, 320 - Paraíso - São Paulo - SP - 04013001 CNPJ. 61.383.493/0001-80  
Central de Atendimento: Capitais e Regiões Metropolitanas 3156-2990  
Deficientes Auditivos 0800 77 19 759  
SAC (informações, cancelamentos e reclamações) 0800 77 19 719

Página: 3 / 5

[www.sompo.com.br](http://www.sompo.com.br)  
Demais Localidades 0800 77 19 119  
Ouvidoria: 0800 77 32 527  
SUSEP: 0800 021 8484 | [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br)

Questões

Titular

Cônjuge

**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.

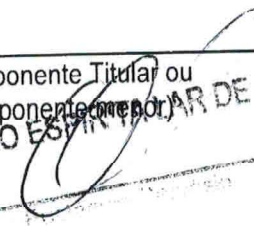
**Informações Adicionais - Declaração Pessoal de Saúde, Atividade e Beneficiários**

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

**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.

Local e Data

Assinatura do Proponente Titular ou  
Resp. Legal (proponente menor)  
INSTITUIÇÃO ESPÍRITA DE MAT. COE

Data: 13/04/2018 6:09 PM

Matriz: Rua Cubatão, 320 - Paraíso - São Paulo - SP - 04013001 CNPJ. 61.383.493/0001-80  
Capitais e Regiões Metropolitanas 3156-2990Central de Atendimento:  
Deficientes Auditivos 0800 77 19 759

SAC (informações, cancelamentos e reclamações) 0800 77 19 719

Página: 4 / 5

www.sompo.com.br

Demais Localidades 0800 77 19 119

Ouvidoria: 0800 77 32 527

SUSEP: 0800 021 8484 | www.susep.gov.br



---

Local e Data

Assinatura do Cônjuge

Data: 13/04/2018 6:09 PM

Matriz: Rua Cubatão, 320 - Paraíso - São Paulo - SP - 04013001 CNPJ. 61.383.493/0001-80  
Capitais e Regiões Metropolitanas 3156-2990

Central de Atendimento:  
Deficientes Auditivos 0800 77 19 759

SAC (informações, cancelamentos e reclamações) 0800 77 19 719

## Produto

Vida Individual - PLC

## Dados do Seguro

0765110	12/04/2018	12/04/2018	De 24 hrs 11/04/2018 até 24 hrs 11/04/2019	1
---------	------------	------------	--	---

## Dados do Proponente

Nome		TAYMARA SANTO DE CARVALHO		
Renda Mensal (R\$)		500,00		
Código Operador		Estagiário		
Código Operador		050/00-00		

## Dados do Risco

Nome							TAYMARA SANTO DE CARVALHO	
Data de Nascimento		Idade	Sexo	Estado Civil	Fumante	Altura (m)	Peso (kg)	
05/06/2000		17	Feminino	Solteiro	Não	1,65	45,000	
Atividade Ocupacional		Estagiário					500,00	
Descrição da Atividade Ocupacional		ESTAGIARIO						
Praticado Esportes		Nenhum esporte da lista acima						

## Coberturas

Cobertura	Capita	Preço Mensal (R\$)
Morte Acidental	10.000,00	14,27
Invalidez Perm. Total ou Parcial por Acidente	10.000,00	8,92

## Assistências

Assistência	Capital Individual	Preço Mensal (R\$)
Funeral Luxo Individual	-	11,71

## Demonstrativo de Prêmio Total

Tipo de Prêmio	Prêmio Líquido (R\$)	Prêmio de Assistência (R\$)	IOF (R\$)	Prêmio Total (R\$)
Anual Parcelado	23,10	11,67	0,13	34,90



<b>Cotação Nº</b> 7213232	<b>Vigência</b> 12/04/2018 a 12/04/2019	<b>Versão</b> V10817	<b>Filial</b> ASSEMBLEIA
------------------------------	--	-------------------------	-----------------------------

**DADOS DO PROPONENTE**

<b>Nome do Proponente</b> TAYMARA SANTOS DE CARVALHO	<b>Data de Nascimento</b> 05/06/2000 - 17 anos
<b>Estado Civil</b> Solteiro(a)	<b>Profissão</b> Estudantes <i>Belista e Estagiária</i>

**DADOS DO CORRETOR**

<b>Corretor</b> TCD ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGS LTDA	<b>Telefone</b> (31)3219-3189	<b>Código LS</b> 99015660	<b>Participação</b> 100,00 %	<b>Tipo de Participação</b> CO
--	----------------------------------	------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

**DEMONSTRATIVO DE PRÊMIO**

<b>Prêmio Líquido (R\$)</b> 64,25	<b>Custo de Apólice (R\$)</b>	<b>Adic. Fracionamento (R\$)</b>	<b>IOF (R\$)</b>	<b>Prêmio Total (R\$)</b>	<b>Juros (%)</b>
--------------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	------------------	---------------------------	------------------

**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	64,49	64,49	64,49
1 + 1	32,24	32,24	32,24
1 + 2	21,50	21,50	21,50
1 + 3		16,12	16,12

0000142860000007000300000100

**COBERTURAS**

<b>Coberturas Contratadas</b>	<b>Cap. Segurado (R\$)</b>	<b>Prêmio (R\$)</b>
Morte Acidental	10.000,00	55,63
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente	10.000,00	8,62

**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.



NOSSA TRANSPARENCIA, 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 553055	Ramo 1381	Id 553055
-----------------------	--------------	--------------

**Informações do Proponente**

Proponente TAYMARA SANTOS DE CARVALHO	CPF 149.164.646-21
Sexo FEMININO	Data de Nascimento 05/06/2000
Profissão (Ocupação) ESTAGIARIO / BOLSISTA	Faixa de Renda De R\$ 880 à R\$ 5.000

**Informações do Seguro**

Vigência 12/04/2018 até 12/04/2019
Referência C05000A00000AC00000DC00000E000TECNICA8

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	20.000,00	Não há	48,39
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	20.000,00	Não há	27,40

- 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 (Seguro 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\$ 75,79

- 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 Central de Atendimento 0300 33 TOKIO(86546) Corretora	SAC 0800 7039000	SAC - Deficiente Auditivo e de Fala 0800 7701523	Disque Fraude 0800 7076060	Ouvidoria 0800 4490000
Registro SUSEP 10.0374997	Telefone 0313219319	Data da Impressão	Data de Referência	Data da última atualização
			Hora 18:22:40	Folha 1 / 2



## Seguro de vida para estagiário é obrigatório?

Anúncios Google

Seguro vida

Estágio

Seguro de carga

Estagiário seguro

No post de hoje, o Blog Segurança do Trabalho vai esclarecer sobre a obrigatoriedade do seguro de vida na contratação de estagiários.

### O que é seguro de vida?

O seguro é um tipo de contrato de natureza mista – ao mesmo tempo civil e comercial. No Direito brasileiro, encontra regulamentação nos artigos 757 a 802 do Código Civil.

De acordo com o artigo 757, pelo contrato de seguro o segurador se obriga, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou a coisa, contra riscos predeterminados.

Normalmente o contrato de seguro é um contrato de adesão, no qual não existe possibilidade imediata de discussão das cláusulas.

No caso do seguro de vida, o interesse a ser protegido é a vida do segurado. O seguro de vida garante auxílio financeiro ao segurado em caso de acidentes pessoais que lhe tirem a capacidade laborativa (*especialmente por doença grave ou invalidez permanente*) e a seus dependentes caso o mesmo venha a falecer.

### A obrigação do seguro de vida para estagiário

Segundo a Lei nº 11.788, a contratação de seguro de vida contra acidentes pessoais em favor do estagiário é obrigatória.

Conforme estabelecido pelo artigo 9º, inciso IV da referida lei, a contratação do seguro é de responsabilidade da parte concedente do estágio. Caso o estágio seja obrigatório (requisito exigido para a obtenção do diploma), o seguro poderá ficar a cargo da instituição de ensino.

O seguro de vida deverá constar do termo de compromisso assinado pelas partes e o valor da apólice deve ser compatível com o valor de mercado. Além disso, deve cobrir quaisquer acidentes ocorridos com o estagiário, 24h por dia e em todo o território nacional.

#### • Outros direitos do estagiário:

Além do seguro de vida contra acidentes pessoais, o estagiário tem direito a:

1. Jornada de trabalho compatível com as atividades escolares, não podendo exceder a 4h diárias e 20h semanais para estudantes de educação especial e educação de jovens e adultos, ou 6h diárias e 20h semanais para os demais estudantes;
2. Redução da carga horária pela metade em dias de provas escolares;
3. Recesso de 30 dias caso o estágio tenha duração igual ou superior a um ano, sem prejuízo da remuneração, se houver;
4. Auxílio transporte, se o estágio não for obrigatório;
5. Bolsa ou outra forma de remuneração, se o estágio não for obrigatório.

⇒ Estágio conta como experiência profissional?



## Termo de Compromisso de Estágio

Termo de compromisso de estágio e de bolsa de complementação educacional que entre si fazem, de um lado denominado **CONCEDENTE**:

Empresa: INSTITUIÇÃO ESPÍRITA LAR DE MARCOS			
Rua Carlos Pinheiro Chagas, 170 – Bairro Ressaca – CEP 32.113-460 Contagem-MG – Tel.: 3357-3459			
endereço eletrônico.: lardemarcos@lardemarcos.org.br			
CNPJ: 17.359.415/0001-59	Representante legal: Fátima Lúcia França		
CPF: 375.048.276-49	Cargo: Coordenadora Projetos Sociais	Tel: (31) 3352-3855	
Endereço: Rua Teixeira de Freitas			Nº 748/1003
Bairro: Santo Antônio	Cidade: Belo Horizonte	UF MG	CEP: 33.350-180

de outro denominado simplesmente **ESTAGIÁRIO**:

Aluno: Leticia Grizotti Prado Lima		Nascimento: 06/03/2003	
Identidade: MG 21342441	CPF: 147806506-07	Nº Matrícula:	
Responsável Legal: Eva Prado Assis de Lima		CPF: 87169495600	
Curso: 1º ano Ensino Médio			
Endereço residencial: Rua Portugal, 11 ap 203		Bairro: Glória	
Tel: (31) 99596-1699	Cidade: Contagem	UF: MG	CEP: 32.340-010

e de outro lado como **INTERVENIENTE**, EE Helena Guerra, situado na Rua Me. Mar. Fontanaresa, 271 - Eldorado, Contagem - MG, 33256-000 neste ato representada por seu Diretor Sra. Neide Machado da Silva C, *firmam este convênio* com base na legislação pertinente, na Lei nº 11.788 de 25 de setembro de 2008, na Lei 9394 de 20 de dezembro de 1996 – Lei de Diretrizes e bases da Educação Nacional – LDB e, especialmente, pelas cláusulas e condições seguintes:

### CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO E DA DURAÇÃO:

O presente instrumento tem por objeto a realização de estágio conforme a estrutura curricular, área de ensino e projeto pedagógico do curso, por alunos regularmente matriculados em qualquer das unidades de ensino médio, com frequência regular, ou que ainda necessitam do estágio curricular obrigatório para a conclusão do seu curso.

**Parágrafo Único:** O presente contrato terá vigência de **11 de Abril de 2018 a 31 de Dezembro de 2018**, ficando o estagiário obrigado ao fiel cumprimento das tarefas que lhe forem confiadas pela organização onde realizará seu estágio, sem vínculo empregatício.

### CLÁUSULA SEGUNDA – DO ENCAMINHAMENTO E OBRIGAÇÕES

Para que não se possa alegar ou gerar expectativas de direitos trabalhistas a **CONCEDENTE** e a **INTERVENIENTE** se obrigam a comunicar e prestar os serviços ou comunicações nos moldes dos parágrafos seguintes:

§ 1º - Caberá a **INTERVENIENTE** comunicar a **CONCEDENTE** quando o aluno se torne infrequente, irregular ou conclua o curso;

§ 2º - Caberá a **CONCEDENTE** comunicar a **INTERVENIENTE** as faltas e encaminhar a rescisão de contrato por qualquer motivo.

§ 3º - Obriga-se a **CONCEDENTE** a enviar a **INTERVENIENTE**, com periodicidade mínima de 6(seis) meses, Relatório de Atividades desenvolvidas pelo **ESTAGIÁRIO** e, por ocasião do desligamento do **ESTAGIÁRIO**, o termo de realização do estágio com indicação resumida das atividades desenvolvidas pelo mesmo.

§ 4º - Caberá ao ESTAGIÁRIO apresentar, periodicamente e em prazos não superiores a 6 (seis) meses, o Relatório de Atividades de Estágio.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DA REMUNERAÇÃO E VALORES**

A CONCEDENTE pagará, diretamente ao estagiário, uma bolsa de complementação educacional.

§ 1º - A bolsa ora oferecida pela CONCEDENTE terá o valor mensal de **R\$300,000 (Trezentos reais)**, ressalvados os descontos que couberem, podendo ter reajustes segundo os critérios da CONCEDENTE;

A CONCEDENTE também oferece o Cartão Ótimo para o deslocamento da estagiária de sua residência ao local do estágio e retorno.

§ 2º - Será assegurado ao ESTAGIÁRIO, sempre que o estágio tiver duração igual ou superior a 1(um) ano, período de recesso remunerado de 30 (trinta) dias, a ser gozado preferencialmente durante suas férias escolares.

**CLÁUSULA QUARTA – DO HORÁRIO**

O estagiário cumprirá **04 horas diárias**, iniciando-se às **08:00** e terminando às **12:00 horas** de 2ª à 6ª feira.

**Parágrafo único** - Não consistirá ausência injustificada ao estágio as faltas decorrentes e necessárias nas datas de avaliações escolares ou acadêmicas informadas previamente pelo ESTAGIÁRIO e pela INTERVENIENTE.

**CLÁUSULA QUINTA – DO SEGURO OBRIGATÓRIO**

A CONCEDENTE se obriga a efetuar, no ato da assinatura deste instrumento, sem ônus para o estagiário ou para a interveniente, um seguro contra acidentes pessoais, **apólice nº** da VIVA VIDA CLUBE DE SEGUROS, valor de mercado, para prevenção de acidentes que porventura venham a ocorrer no local do estágio ou durante seu trajeto para o estágio.

**CLÁUSULA SEXTA – DOS DESCONTOS**

As faltas ao local de estágio serão descontadas do estagiário, proporcionalmente, ao valor da bolsa mensal e nas inserções do Cartão Ótimo (auxílio transporte).

**CLÁUSULA SÉTIMA – DAS RESPONSABILIDADES**

O estagiário, durante o período de estágio, fica sujeito às normas internas da contratante e se obriga a cumpri-las, pois passam a fazer parte integrante deste contrato.

§ 1º - Ao estagiário não será permitido permanecer no local de seu estágio antes ou após o horário ora estabelecido, sem autorização expressa da CONCEDENTE.

§ 2º - Na ocorrência de danos materiais à contratante causados pelo estagiário, em cuja ação se identifique dolo, os prejuízos poderão ser cobrados do estagiário ou de seu responsável legal em sua totalidade, ficando este instrumento rescindido de imediato.

**CLÁUSULA OITAVA – DA RESCISÃO E RENOVAÇÃO**

A comunicação com antecedência de 05 (cinco) dias por uma das partes à outra rescinde o presente contrato.

**Parágrafo Único:** Também constitui motivo para rescisão do presente contrato o não comparecimento do estagiário ao local do estágio por mais de 05 (cinco) dias consecutivos ou não, bem como constatado o seu desinteresse no desempenho das tarefas do estágio ou violada qualquer disposição expressa neste instrumento.

**CLÁUSULA NONA – DA EXTINÇÃO**

Independente do estabelecido nas cláusulas anteriores, o presente contrato extingue-se, automaticamente, com a conclusão do curso ligado à complementação educacional aqui objetivada.

**CLÁUSULA DÉCIMA – DA SUPERVISÃO**

A CONCEDENTE designará como supervisor do estágio, enquanto vigorar o presente contrato, o funcionário seguinte, com formação e/ou experiência profissional na área de conhecimento das atividades a serem desenvolvidas pelo ESTAGIÁRIO:

Nome: Elaine Cristina Rocha	Cargo: Gerente do Cadastro Único	Telefone 3391-8390
-----------------------------	----------------------------------	--------------------

A INTERVENIENTE designará um professor do seu quadro funcional, como orientador responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do estágio, estabelecendo-se que qualquer contato referente ao presente ajuste será mantido através do serviço de coordenação de estágio.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS PENALIDADES**


Este Instrumento pode ser renovado ou modificado por interesse da Empresa, desde que com a anuência da escola para não gerar vínculos empregatícios.

**Parágrafo Único:** O descumprimento de qualquer uma das cláusulas do Convênio de Parceira de Estágio e deste termo caracteriza vínculo de emprego do educando com a parte CONCEDENTE do estágio para todos os fins da legislação trabalhista e previdenciária.

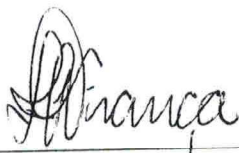
**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO FORO**



As partes, de comum acordo, elegem o foro da comarca da Belo Horizonte para dirimir qualquer questão fundada no presente contrato e não resolvidas por acordo entre as mesmas. Por estarem assim justas e contratadas, assinam o presente instrumento em 3 (ou mais vias) de igual forma e teor, em presença de testemunhas.

Contagem, 11 de Abril de 2018

  
Leticia Grizotti Prado Lima (Estagiário)

  
Eva Prado Assis de Lima (Responsável Legal)

  
CONCEDENTE:  
Instituição Espírita Lar de Marcos  
Representante Legal Gerente Projetos Sociais  
Fátima Lúcia França

  
INTERVENIENTE:  
EE Helena Guerra  
Diretora: Neide Machado da Silva  
  
Rosana Coelho  
Vice-Diretora - INASP: 1270450-8  
Desp. MG 26/05/2017 ATO 769/2017  
E. E. Helena Guerra

Testemunhas:

1. \_\_\_\_\_  
Nome, CPF

2. \_\_\_\_\_  
Nome, CPF

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

*Leticia Grizotti Prado Lima*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL MG-21.342.441 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/05/2015

NOME LETICIA GRIZOTTI PRADO LIMA

FILIAÇÃO RONALDO GRIZOTTI PRADO ASSIS  
EVA PRADO ASSIS DE LIMA

NATURALIDADE CONTAGEM-MG DATA DE NASCIMENTO 6/3/2003

DOC. ORIGEM NASC. LV-207A FL-128

CPF 147806506-07

PIC-2581 LETICIA ALESSI MACHADO ROGÉDO DO DIRETOR ASSINATURA 1. VIA

LEI N 7.116 DE 29/08/83