



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

		033-7		RECIBO DO SACADO	
LOCAL DE PAGAMENTO			PARCELA/PLANO	VENCIMENTO	
ATE O VENCIMENTO, PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SANTANDER			01	24/04/2018	
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
17/04/2018	1820144756	SEGURO	N	17/04/2018	5080900523013
PARCELA/PLANO	CARTEIRA	ESPECIE DA MOEDA	QUANTIDADE	VALOR	(=) VALOR DO DOCUMENTO
01	COB	R\$			R\$ 34,90
Instruções (Texto de responsabilidade do recebedor)					(-) 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
					(=) VALOR COBRADO
					R\$ 0,00
					R\$

PAGADOR
RUBIA CLARA S COELHO
R CARLOS PINHEIRO CHAGAS, 522 RESSACA
CEP 32.113-460 - CONTAGEM-MG

CPF/CNPJ: 080.776.006-46

Codigo Barco

Corte aqui ✂

VIA DO BANCO

		033-7		03399810529285080900252301301017275040000003490	
LOCAL DE PAGAMENTO			PARCELA/PLANO	VENCIMENTO	
ATE O VENCIMENTO, PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SANTANDER			01	24/04/2018	
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
17/04/2018	1820144756	SEGURO	N	17/04/2018	5080900523013
PARCELA/PLANO	CARTEIRA	ESPECIE DA MOEDA	QUANTIDADE	VALOR	(=) VALOR DO DOCUMENTO
01	COB	R\$			R\$ 34,90
Instruções (Texto de responsabilidade do recebedor)					(-) 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
					(=) VALOR COBRADO
					R\$ 0,00
					R\$

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E/OU MATERIAL FORNECIDO 17/04/18

[Handwritten signatures]

PAGADOR
RUBIA CLARA S COELHO
R CARLOS PINHEIRO CHAGAS, 522 RESSACA
CEP 32.113-460 - CONTAGEM-MG

CPF/CNPJ: 080.776.006-46

Codigo Barco

Autenticacao Mecanica - Ficha de Compensacao



Corte aqui ✂

**Comprovante de Pagamento de Boleto**

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	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 92850.809002 52301.301017 2 75040000003490
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:	24/04/2018
Data de Efetivação / Agendamento:	18/04/2018
Valor Nominal do Boleto:	34,90
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	34,90
Valor Pago (R\$):	34,90
Identificação do Pagamento:	SEGURO ESTAGIARIA RUBIA

Data/hora da operação:	18/04/2018 16:48:41
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	08380368
Chave de segurança:	N3X9GC75U7NJ0W2N

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
0142420	1.13.000	17/04/2018	17/04/2018	De 24 hrs 16/04/2018 até 24 hrs 16/04/2019	1
Tipo de Prazo		Tipo de Seguro		Número de Protocolo (PI)	
Anual Parcelado		Seguro Novo		1820144756	

Dados do Proponente

Nome				CPF			
RUBIA CLARA S COELHO				080.776.006-46			
Tipo de Documento		Número	Data de Emissão	Orgão Emissor	Nacionalidade		
RG		115172945	05/07/2016	SSP	Brasileira		
Renda Mensal (R\$)				Correio Eletrônico			
500,00				CONTABILIDADE@LARDEMARCOS.ORG.BR			
Atividade Econômica				Código Operação			
Estagiário				050/00-00			
Endereço Residencial				Complemento		Telefone	
Logradouro						3133523855	
R CARLOS PINHEIRO CHAGAS, 522							
Cidade		UF	CEP	Bairro			
CONTAGEM		Minas Gerais	32113460	RESSACA			

Dados do Risco

Titular				CPF			
Nome				080.776.006-46			
RUBIA CLARA S COELHO							
Tipo de Documento		Número	Data de Emissão	Orgão Emissor	Nacionalidade		
RG		115172945	05/07/2016	SSP	Brasileira		
Data de Nascimento		Idade	Sexo	Estado Civil	Fumante	Altura (m)	Peso (Kg)
06/04/2001		17	Feminino	Solteiro	Não	1,68	55,000
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

Capital Individual Prêmio Individual

Cobertura

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.

16/04/2018 |
Local e Data

Assinatura do Proponente ou Representante Legal

INSTRUÇÃO EXPEDITA LAR DE MARCOS

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.

16/04/2018

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, 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, 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

Dados de Beneficiários

Titular

Nome	CPF	Data Nasc.	Parentesco	% Particip.
ROSALINA DOS SANTOS COELHO			Outros	100,00

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.

16/04/2018

Local e Data

 Assinatura do Proponente Titular ou
 Resp. Legal (proponente menor)

INSTITUIÇÃO ESPÍRITA LAR DE MARCO



Local e Data

Assinatura do Cônjuge



Uma empresa do grupo Liberty Mutual

Liberty Acidentes Pessoais Individual

Cotação

Cotação N° 7213232	Vigência 12/04/2018 a 12/04/2019	Versão V10817	Filial ASSEMBLEIA
------------------------------	--	-------------------------	-----------------------------

DADOS DO PROPONENTE

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

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\$)	Custo de Apólice (R\$)	Adic. Fracionamento (R\$)	IOF (R\$)	Prêmio Total (R\$)	Juros (%)
64,25					

Descrição	DIA PREFERENCIAL DE PAGAMENTO:		
	CARNÊ Valor das Parcelas (R\$)	DÉBITO C/C Valor das Parcelas (R\$)	CARTÃO DE CRÉDITO 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

Coberturas Contratadas	Cap. Segurado (R\$)	Prêmio (R\$)
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.



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

Dados de Controle

No. Cotação	Ramo	Id
553055	1381	553055

Informações do Proponente

Proponente	CPF
TAYMARA SANTOS DE CARVALHO	149.164.646-21
Sexo	Data de Nascimento
FEMININO	05/06/2000
Profissão (Ocupação)	Faixa de Renda
ESTAGIARIO / BOLSISTA	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 (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\$ 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	SAC	SAC - Deficiente Auditivo e de Fala	Disque Fraude	Ouvkloria
Central de Atendimento	0800 7039000	0800 7701523	0800 7076060	0800 4490000
0300 33 TOKIO(88546)	Registro SUSEP	Telefone	Data de Impressão	Data de Referência
Corretora	10.0374997	0313219319		
			Data da última atualização	Hora
				16:22:40
				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?