

VIA DO BANCO

03399810529285090800258056601014475610000003412



033-7

PARCELAMENTO  
01

VENCIMENTO  
20/06/2018

LOCAL DE PAGAMENTO  
**ATE O VENCIMENTO, PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SANTANDER**

AGENCIA/CODIGO RECEPTOR  
0001/8105928-4

RECEPTOR  
**SOMPO SEGUROS S.A. - CNPJ: 61.383.493/0001-80**

NOSSO NUMERO  
5090800580566

DATA DO DOCUMENTO  
13/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO  
1820251820

ESPECIE DO DOCUMENTO  
**SEGURO**

ACEITE  
N

DATA PROCESSAMENTO  
13/06/2018

(\*) VALOR DO DOCUMENTO  
R\$ 34,12

PARCELAMENTO  
01

CARTERA  
COB

ESPECIE DA MOEDA  
R\$

QUANTIDADE

VALOR

(-) DESCONTO/ABATIMENTO

Instruções (Texto de responsabilidade do receptor)

(-) OUTRAS DEDUÇÕES

-APOS O VENCIMENTO PAGAR NAS AGENCIAS DO BANCO ATE A DATA LIMITE  
ACRESCIDO DE JUROS DE MORA DE 0,167% = R\$0,45 AO DIA.  
-APOS DATA LIMITE ENTRAR EM CONTATO COM SEU CORRETOR OU COM NOSSA CENTRAL  
DE ATENDIMENTO ATRAVES DOS TELEFONES (11)3156-2990 CAPITAL/GRANDE SAO PAULO E  
0800-7719119 DEMAIS LOCALIDADES

(+) MORA/MULTA

(+) OUTROS ACRESCIMOS

R\$ 0,00

(=) VALOR COBRADO

R\$

CPF/CNPJ: 023.108.286-02

PAGADOR  
**ANA CLARA MARTINS DE PAIVA**  
R CARLOS PINHEIRO CHAGAS, 455 RESSACA  
CEP 32.113-460 - CONTAGEM-MG

Código Barra  
Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Corte aqui ✂

**TERMO  
COLABORAÇÃO  
TC:012/2017**



## 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 92850.908002 58056.601014 4  
 75610000003412  
**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:** 20/06/2018  
**Data de Efetivação / Agendamento:** 14/06/2018  
**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 ANA CLARA MARTIN

**Data/hora da operação:** 14/06/2018 15:32:36

**Código da operação:** 65381657  
**Chave de segurança:** 37RTE13C86C8W663

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
0156311	1.13.000	13/06/2018	13/06/2018	De 24 hrs 12/06/2018 até 24 hrs 12/06/2019	1
Tipo de Prazo	Tipo de Seguro		Número de Protocolo (PI)		
Anual Parcelado	Seguro Novo		1820251820		

**Dados do Proponente**

Nome	ANA CLARA MARTINS DE PAIVA			CPF	023.108.286-02
Tipo de Documento	Número	Data de Emissão	Orgão Emissor	Nacionalidade	
RG	16777725	15/05/2014	SSP	Brasileira	
Renda Mensal (R\$)	500,00			Correio Eletrônico	CONTABILIDADE@LARDEMARCOS.ORG.BR
Atividade Econômica	Estagiário			Código Operação	040/00-00
<b>Endereço Residencial</b>	Logradouro			Complemento	Telefone
	R CARLOS PINHEIRO CHAGAS, 455				31998610387
Cidade	UF	CEP	Bairro		
CONTAGEM	Minas Gerais	32113460	RESSACA		

**Dados do Risco**

<b>Titular</b>							CPF	
Nome	ANA CLARA MARTINS DE PAIVA						023.108.286-02	
Tipo de Documento	Número	Data de Emissão		Orgão Emissor	Nacionalidade			
RG	16777725	15/05/2014		SSP	Brasileira			
Data de Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil	Fumante	Altura (m)	Peso (Kg)		
06/02/2002	16	Feminino	Solteiro	Não	1,58	50,000		
Atividade / Ocupação	Estagiário						Renda Mensal (R\$)	500,00
Detalhamento da Atividade / Ocupação	ESTAGIARIO							
Prática de Esportes	Nenhum esporte da lista acima							
<b>Pessoa Politicamente Exposta</b>	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
-----------	--------------------	-------------------

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

**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.

**INSTITUICAO ESPIRITUAL DE MARCOS**

22/04/18

Local e Data

Assinatura do Proponente ou Representante Legal

Local e Data

Assinatura do Cônjuge

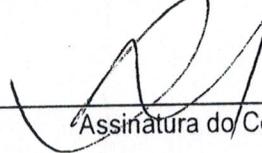
Dados do Corretor

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.

12/06/18  
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 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](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.

**Questões**

Titular

Cônjuge

- 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.
- 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.
- 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).
- 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.
- 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.
- 6 - É piloto em competições automobilísticas ou motociclísticas? Pratica esportes Radicais ou possui Hobby de alto risco? Esclareça e especifique qualquer item afirmativo.
- 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.

**Dados de Beneficiários**

Titular	CPF	Data Nasc.	Parentesco	% Particip.
MARIO SERGIO MARTINS DA SILVA			Pai	50,00
DILMA PAIVA DE LIMA SILVA			Mãe	50,00

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**

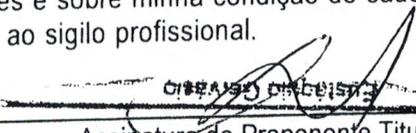
Item	Titular	Cônjuge	Descrição
------	---------	---------	-----------

**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.

<p>12/06/18</p> <p>Local e Data</p>	<p></p> <p>Assinatura do Proponente Titular ou Resp. Legal (proponente menor)</p>
<p>Local e Data</p>	<p>Assinatura do Cônjuge</p>

341

**Produto**

Vida Individual - PLC

**Dados do Seguro**

0814368	25/05/2018	25/05/2018	De 24 hrs 24/05/2018 até 24 hrs 24/05/2019	1
---------	------------	------------	--	---

**Dados do Proponente**

NICOLI HEVILA DA CRU SANTANA		129.592.886-88
500,00	contabilidade@lardemarcos.org.br	
Estagiário	040/00-00	

**Dados do Risco**

NICOLI HEVILA DA CRU SANTANA		129.592.886-88				
27/03/2002	16	Feminino	Solteiro	Não	1,70	58,000
Estagiário						500,00
estagiario						
Nenhum esporte da lista acima						

**Coberturas**

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

**Assistências**

Funeral Nobre Individual	-	14,78
--------------------------	---	-------

**Demonstrativo de Prêmio Total**

Anual Parcelado	19,27	14,72	0,13	34,12
-----------------	-------	-------	------	-------

348

**Forma e Periodicidade de Pagamento**

Anual	34,12	0,00	0,13	34,12
-------	-------	------	------	-------

**Observações**

Aceitação sujeita à análise prévia da Sompso 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**

0917771	INFORSEG COR ADM SEG LT	00374997
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](http://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 Sompso Vida Individual, você garante uma importante soma de dinheiro para sua família, no momento que ela mais precisar.

Com o Sompso 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 tomarão sua vida muito mais tranquila.

356

**Notas Importantes (continuação)**

344



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

**Dados de Controle**

No. Cotação 605154	Ramo 1381	Id 605154
-----------------------	--------------	--------------

**Informações do Proponente**

Proponente NICOLI HEVILA DA CRUZ SANTANA	CPF 129.592.886-88
Sexo FEMININO	Data de Nascimento 27/03/2002
Profissão (Ocupação) ESTAGIARIO / BOLSISTA	Faixa de Renda De R\$ 880 à R\$ 5.000

**Informações do Seguro**

Vigência 25/05/2018 até 25/05/2019
Referência C05000A00000AC00000DC00000UE000TECNICA8

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 Central de Atendimento 0300 33 TOKIO(86546)	SAC 0800 7039000	SAC - Deficiente Auditivo e de Fala 0800 7701523		Disque Fraude 0800 7076060	Ouvidoria 0800 4490000		
Corretora	Registro SUSEP 10.0374997	Telefone 0313219319	Data da Impressão	Data de Referência	Data da última atualização	Hora 15:53:17	Folha 1 / 2

358

 **TOKIO MARINE  
SEGURADORA**  
NOSSA TRANSPARÊNCIA, 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 - Paraiso - CEP 04004-902 - SÃO PAULO			Sucursal: BELO HORIZONTE				

346



# Liberty Acidentes Pessoais Individual

## Cotação

Uma empresa do grupo Liberty Mutual.

<b>Cotação Nº</b> 7380823	<b>Vigência</b> 25/05/2018 a 25/05/2019	<b>Versão</b> V10817	<b>Filial</b> ASSEMBLEIA
------------------------------	--	-------------------------	-----------------------------

**DADOS DO PROPONENTE**

**Nome do Proponente**  
NICOLI HEVILA DA CRUZ SANTANA

**Estado Civil**  
Solteiro(a)

**Profissão**  
Estudantes

**Data de Nascimento**  
27/03/2002 - 16 anos

**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**

<b>Prêmio Líquido (R\$)</b> 49,97	<b>Custo de Apólice (R\$)</b>	<b>Adic. Fraacionamento (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	50,16	50,16	50,16
1 + 1	25,08	25,08	25,08
1 + 2		16,72	16,72

0000111110000009000300000100

**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.

Criado por: tcdcoebz - 25/05/2018 15:54 . Atualizado por: - 01/01/0001 00:00 . Impresso em: 25/05/2018 15:54