

65

13



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

RECIBO DO SACADO

		033-7				
LOCAL DE PAGAMENTO				PARCELA/PLANO	VENCIMENTO	
ATE O VENCIMENTO, PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SANTANDER				01	04/06/2018	
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	
28/05/2018	1820221964	SEGURO	N	28/05/2018	5090800559356	
PARCELA/PLANO	CARTEIRA	ESPECIE DA MOEDA	QUANTIDADE	VALOR	(*) VALOR DO DOCUMENTO	
01	COB	R\$			R\$ 34,12	
Instrucoes (Texto de responsabilidade do recebedor)				(-) DESCONTO/AHATIMENTO		
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
EVELYN KAREM DIAS RIBEIRO
R CARLOS PINHEIRO CHAGAS, 455 RESSACA
CEP: 32.113-460 - CONTAGEM-MG

CPF/CNPJ: 023.253.966-90

Codigo Banca

Corte aqui ✂

VIA DO BANCO

		033-7			03399810529285090800255935601017175450000003412	
LOCAL DE PAGAMENTO				PARCELA/PLANO	VENCIMENTO	
ATE O VENCIMENTO, PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SANTANDER				01	04/06/2018	
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	
28/05/2018	1820221964	SEGURO	N	28/05/2018	5090800559356	
PARCELA/PLANO	CARTEIRA	ESPECIE DA MOEDA	QUANTIDADE	VALOR	(*) VALOR DO DOCUMENTO	
01	COB	R\$			R\$ 34,12	
Instrucoes (Texto de responsabilidade do recebedor)				(-) DESCONTO/AHATIMENTO		
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: 28/05/18

[Handwritten signature]

PAGADOR
EVELYN KAREM DIAS RIBEIRO
R CARLOS PINHEIRO CHAGAS, 455 RESSACA
CEP: 32.113-460 - CONTAGEM-MG

CPF/CNPJ: 023.253.966-90

Codigo Banca

Autenticacao Mecanica - Ficha de Compensacao

Corte aqui ✂



53

**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 55935.601017 1 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 EVELYN KAREM DIA

Data/hora da operação:	28/05/2018 16:26:33
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	48523616
Chave de segurança:	3THQA554V2GYL8RG

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
0152706	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		1820221964	

Dados do Proponente

Nome				CPF	
EVELYN KAREM DIAS RIBEIRO				023.253.966-90	
Tipo de Documento		Número	Data de Emissão	Orgão Emissor	Nacionalidade
RG		MG20884558	18/06/2014	SSP	Brasileira
Renda Mensal (R\$)				Correio Eletrônico	
500,00				CONTABILIDADE@LARDEMARCO.S.ORG.BR	
Atividade Econômica				Código Operação	
Estagiário				040/00-00	
Endereço Residencial				Telefone	
Logradouro				3133523855	
R CARLOS PINHEIRO CHAGAS, 455					
Cidade		UF	CEP	Bairro	
CONTAGEM		Minas Gerais	32113460	RESSACA	

Dados do Risco

Titular				CPF			
Nome				023.253.966-90			
Tipo de Documento		Número	Data de Emissão	Orgão Emissor	Nacionalidade		
RG		MG20884558	18/06/2014	SSP	Brasileira		
Data de Nascimento		Idade	Sexo	Estado Civil	Fumante	Altura (m)	Peso (Kg)
27/03/2002		16	Feminino	Solteiro	Não	1,68	60,000
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

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 Fraçãoamento 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.

28/05/2018
Local e Data

INSTITUIÇÃO ESPÍRITA LAR DE MARCOS
Assinatura do Proponente ou Representante Legal

Local e Data

Assinatura do Cônjuge

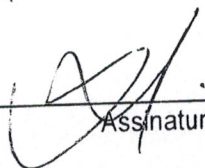
Dados do Corretor

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

- 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

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

INSTITUIÇÃO ESPIRITUAL DE MARCOS

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

Local e Data

Assinatura do Cônjuge

Produto

Vida Individual - PLC

Dados do Seguro

Cotação	Data do Cálculo	Válido até	Vigência	Total de Itens
0814349	25/05/2018	25/05/2018	De 24 hrs 24/05/2018 até 24 hrs 24/05/2019	1

Dados do Proponente

Nome	EVELYN KAREM DIAS RIBEIRO	CPF	023.253.966-90
Renda Mensal (R\$)	500,00	Correio Eletrônico	CONTABILIDADE@LARDEMARCOS.ORG.BR
Atividade Econômica	Estagiário	Código Operação	050/00-00

Dados do Risco

Títular							CPF	023.253.966-90
Nome	EVELYN KAREM DIAS RIBEIRO							
Data de Nascimento	27/03/2002	Idade	16	Sexo	Feminino	Estado Civil	Solteiro	
Atividade / Ocupação	Estagiário						Fumante	Não
Detalhamento da Atividade / Ocupação	ESTAGIARIO						Altura (m)	1,68
Prática de Esportes	Nenhum esporte da lista acima						Peso (Kg)	60,000
						Renda Mensal (R\$)	500,00	

Coberturas

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

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

Forma e Periodicidade de Pagamento

Periodicidade de Pagamento	Prêmio 1ª Parcela	Prêmio Demais Parcelas	IOF R\$	Prêmio Total R\$
Anual	34,90	0,00	0,13	34,90

Observações

Aceitação sujeita à análise prévia da Sompo 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 numero 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 Sompo Vida Individual, você garante uma importante soma de dinheiro para sua família, no momento que ela mais precisar.

Com o Sompo 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.

Notas Importantes (continuação)



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 605139	Ramo 1381	Id 605139
-----------------------	--------------	--------------

Informações do Proponente

Proponente EVELYN KAREM DIAS RIBEIRO	CPF 023.253.966-90
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 1	Valor da Parcela 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 15:43:09
				Folha 1 / 2



**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 - Paraíso - CEP 04004-902 - SÃO PAULO			Sucursal: BELO HORIZONTE				



Liberty Acidentes Pessoais Individual

Cotação

1/1

Uma empresa do grupo Liberty Mutual.

Cotação Nº 7380642	Vigência 25/05/2018 a 25/05/2019	Versão V10817	Filial ASSEMBLEIA
-----------------------	-------------------------------------	------------------	----------------------

DADOS DO PROPONENTE

Nome do Proponente
EVELYN KAREM DIAS RIBEIRO

Data de Nascimento
27/03/2002 - 16 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	CARNE	DEBITO C/C	CARTAO DE CREDITO
	Valor das Parcelas (R\$)	Valor das Parcelas (R\$)	Valor das Parcelas (R\$)
A 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	Cap. Segurado (R\$)	Prêmio (R\$)
Morte Acidental	10.000,00	43,27
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente	10.000,00	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.

69

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR

Monica Grazielle de Souza Ribeiro

CARTEIRA DE IDENTIDADE

THOMAS CRIST & SOUZA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL MG-11.328.614 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/08/2017

NOME MONICA GRAZIELLE DE SOUZA RIBEIRO

FILIAÇÃO JESUS DA ROCHA RIBEIRO
ERENICE DE SOUZA RIBEIRO

NATURALIDADE EBDU HORIZONTE-MG DATA DE NASCIMENTO 2/12/1981

DCC ORIGEM EBDU HORIZONTE-MG

Cpf 014486276-74

PL-E-2007

LETICIA BAPTISTA GAMBOGE REIS
ASSINATURA DO DIRETOR

9 774

THOMAS CRIST & SOUZA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

79

06/12/2017 Impressão 06/12/2017 Tarifa Social de Energia Elétrica - ISEF unido pela
Emissão autorizada pelo Regime Especial/PIA Nº 45 00030916237 - SEF/MG Lei nº 10.438 de abril de 2002

MONICA GRAZIELLE DE SOUZA RIBEIRO Nº DO CLIENTE: 7008380818
RUA PEROBAS OITO 153 CX 3 Nº da Instalação 3007611554 Subclasse RESIDENCIAL Classe Habitacional Monofásico
PEROBAS II Contagem - MG C.E.P. 32342-323 Anterior 08/11 Atual 06/12 Data de Apresentação 06/12 Referência DEZ/2017
MEDIDOR Nº AMJ164215531

Tipo de Medição	Informações Técnicas			Consumo
	Leitura Anterior	Leitura Atual	Constante de Medição	
Energia Elétrica	1060	1384	1	324

VALORES FATURADOS			
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Energia Elétrica kWh	324	0,84749496	274,57

ENCARGOS/COBRANÇAS			
Descrição			Valor R\$
Contrib. Custeio Hum. Pública			32,64
Taxa de Retenção			7,94

TARIFAS APLICADAS (Sem Impostos)			
Descrição			Valor R\$
Energia Elétrica kWh		0,53985429	
Bandeira Vermelha			23,24

CPF 014.436.276-74

RESERVADO AO FISCO
34C1.C445.3ABA.2227.4DBB.A86E.FF21.5785

Base de Cálculo (R\$)	ICMS Aliquota	Valor (R\$)	PASEP	COFINS
274,57	30	82,37	R\$ 3,07	R\$ 14,22

Parcela		Valor	R\$	%	VENCIMENTO 01/01/2018 VALOR A PAGAR R\$ 315,15					
Energia	69,96	25,40			Contagem 3 Indicação Mensal Qualidade 2017/2017					
Distribuição	57,11	20,80			Aperado Mensal					
Encargos	11,51	4,18			DIC	0,56	4,71	9,43	18,86	
Penas de Energia	15,12	5,51			FIC	2,00	3,05	6,10	12,20	
Encargos Setoriais	21,21	7,72			DMIC	0,43	2,80			
Taxa	88,66	36,30			DICRI		12,22			
Total	274,57	100,00			Tensão Nominal	127/220 V	Min	117/200 V	Max	137/231 V

Histórico de Consumo			
Mês/Ano	Consumo kWh	Preço	Parcelamento
NOV/2017	421	12,75	33
OUT/2017	313	11,17	28
SET/2017	325	10,48	31
AGO/2017	0	0,00	32
JUL/2017	1	0,03	30
JUN/2017	0	0,00	23
MAI/2017	0	0,00	0
ABR/2017	0	0,00	0
MAR/2017	0	0,00	0
FEV/2017	0	0,00	0
JAN/2017	0	0,00	0
DEZ/2016	0	0,00	0

REAVISO DE CONTAS VENCIDAS / DÉBITOS ANTERIORES

Tarifa vigente conforme Res Anel nº 2.248, de 23/05/2017
NOV/2017 Band Verm. - DEZ/2017 Band Verm.
O pagamento desta conta não quita débitos anteriores. Para estes, estão sujeitas penalidades legais vigentes (multas) e/ou atualização financeira (juros) baseadas no vencimento das mesmas.
É dever do consumidor manter os dados cadastrais sempre atualizados e informar alterações da área dada exercida no local.
Faça sua adesão para recebimento da conta de energia por e-mail acessando www.cemig.com.br
Leitura realizada com calendário de faturamento

CÓDIGO DE DÉBITO AUTOMÁTICO 008064255147
Feite cabeça, dor de cabeça e outros sintomas
Pode ser dengue, chikungunya ou zika
Beba muita água e vá a uma unidade do SUS



Formulário para cotar Acidentes Pessoais

Nome completo: EVELYN KAREM DIAS RIBEIRO

Data de Nascimento: 19/11/2001

CPF : 023.253.966-90

RG: MG-20.884.558

Órgão emissor: SSP/MG

Data de expedição: 18/06/2014

Estado civil: SOLTEIRA

Peso: 60

Altura: 1.68

Fumante: NÃO

Profissão: ESTAGIARIA

Renda mensal: R\$500,00

Beneficiários

Nome completo: PAIS

Data de nascimento:

CPF:

Grau de parentesco: PAIS

Porcentagem: 100%

Endereço que deverá constar na proposta

Rua: CARLOS PINHEIRO CHAGAS,

Nº 455

Complemento:

Bairro: RESSACA

Cidade: CONTAGEM

Estado: MG

Cep: 32113-460

Telefone: (31)3352-3855

Celular:

E-mail: contabilidade@lardemarcos.org.br

Capital

Capital desejado: R\$ 10.000,00

Pagamento

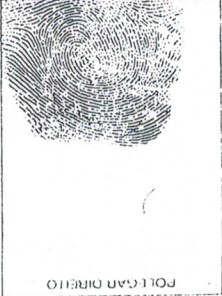
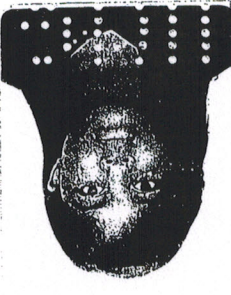
Pagamento somente à vista ANUAL A VISTA

OBS: COMISSÃO DE 30%

SOMPO SEGUROS - VALOR R\$34,90

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 MG-20.884.558 18/06/2014
 EVELYN KAREN DIAS RIBEIRO
 HUDSON RENATO DIAS DA SILVA
 MONICA GRAZIELLE DE S. RIBEIRO
 CONTAGEM-MG 19/11/2001
 NASC. LV-162/A FL-98
 CONTAGEM-MG
 023253966-90
 PIC-1847 LETICIA ALESSI MACHADO ROGÉDO
 ASSINATURA DO DIPETOR
 I. VIA
 LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DE MINAS GERAIS
 POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE MINAS GERAIS
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO
 POLÍCIA DIREITO
 ASSINATURA DO TULAR
 Evelyn Karen Dias Ribeiro

30/06/09