

## FORMULÁRIO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

NOME DO TITULAR	Allan unser dos Santos
DATA DE NASCIMENTO	20/08/2004
ESTADO CIVIL	Solteiro
CPF	118.139.409-08
CARGO-OCUPAÇÃO	Analista JR I - Suporte
NOME DA MÃE	Ana Paula Unser dos Santos

ENDEREÇO	Rua Joel Samays, 1012
BAIRRO	Alto Alegre
CIDADE	Cascavel
UF	Paraná
CEP	85805-120
TELEFONE	(45) 99831-0260

### Plano CNU Especial - Acomodação Apartamento

Plano do Titular é custeado 100% pela Empresa

**DEPENDENTE(S) -Cônjuge e Filhos** (Envio de Certidão de Nascimento/Casamento ou União Estável Pública).

**Ciente que o custo por cada dependente é de R\$288,86 + coparticipação.**

**\*\*Preencher o campo abaixo apenas em caso de inclusão de dependentes \*\***

<b>NOME DEPENDENTE: 01</b>	
DATA DE NASCIMENTO	
NOME DA MÃE DO DEPENDENTE	
ESTADO CIVIL	
PARENTESCO	
CPF DO DEPENDENTE	

<b>NOME DEPENDENTE: 02</b>	
DATA DE NASCIMENTO	
NOME DA MÃE DO DEPENDENTE	
ESTADO CIVIL	
PARENTESCO	
CPF DO DEPENDENTE	

<b>NOME DEPENDENTE: 03</b>	
DATA DE NASCIMENTO	
NOME DA MÃE DO DEPENDENTE	
ESTADO CIVIL	
PARENTESCO	
CPF DO DEPENDENTE	

<b>NOME DEPENDENTE: 04</b>	
DATA DE NASCIMENTO	
NOME DA MÃE DO DEPENDENTE	
ESTADO CIVIL	
PARENTESCO	
CPF DO DEPENDENTE	

Data de Admissão: 06/05/2024

Allan Unser

Assinatura do Colaborador (a)

NOME DO TITULAR	Allan unser dos Santos
DATA DE NASCIMENTO	20/08/2004
ESTADO CIVIL	Solteiro
CPF	118.139.409-08
CARGO-OCUPAÇÃO	Analista JR I - Suporte
NOME DA MÃE	Ana Paula Unser dos Santos

ENDEREÇO	Rua Joel Samays, 1012
BAIRRO	Alto Alegre
CIDADE	Cascavel
UF	Paraná
CEP	85805-120
TELEFONE	(45) 99831-0260

**Assinalar a opção desejada:**

- (x) **PREMIUM** (Rol ANS) – Titular **Sem Custo** / Custo do Dependente R\$ 9,93
- ( ) **TOP** (Rol ANS + Prótese) – Titular R\$ 18,23 / Custo do Dependente R\$28,16
- ( ) **ESSENCIAL TOP** (Rol ANS + Ortodontia) – Titular R\$ 45,59 / Custo do Dependente R\$ 55,52
- ( ) **PREMIUM TOP** (Rol ANS + Prótese + Ortodontia)- Titular R\$ 48,36 /Custo do Dependente R\$ 58,29

**APÓS REALIZAR UPGRADE DE PLANO,  
NÃO É POSSÍVEL FAZER DOWNGRADE**

**DEPENDENTE (S) -Cônjuge e Filhos** (Envio de Certidão de Nascimento/Casamento ou União Estável Pública).  
Ciente que o custo de cada dependente é conforme tabela acima.

**\*\*Preencher o campo abaixo apenas em caso de inclusão de dependentes \*\***

<b>NOME DEPENDENTE: 01</b>	
DATA DE NASCIMENTO	
NOME DA MÃE DO DEPENDENTE	
ESTADO CIVIL	
PARENTESCO	
CPF DO DEPENDENTE	

<b>NOME DEPENDENTE: 02</b>	
DATA DE NASCIMENTO	
NOME DA MÃE DO DEPENDENTE	
ESTADO CIVIL	
PARENTESCO	
CPF DO DEPENDENTE	

<b>NOME DEPENDENTE: 03</b>	
DATA DE NASCIMENTO	
NOME DA MÃE DO DEPENDENTE	
ESTADO CIVIL	
PARENTESCO	
CPF DO DEPENDENTE	

<b>NOME DEPENDENTE: 04</b>	
DATA DE NASCIMENTO	
NOME DA MÃE DO DEPENDENTE	
ESTADO CIVIL	
PARENTESCO	
CPF DO DEPENDENTE	

Data de Admissão:06\_\_/05\_\_/2024\_ Alto Alegre

Assinatura do Colaborador (a)



## SOLICITAÇÃO DE VALE TRANSPORTE

( ) **Opto** pela utilização do Vale Transporte (x ) **Não opto** pela utilização do Vale transporte

A declaração falsa ou uso indevido do Vale Transporte constituem falta grave (§3º artigo 7º Decreto 95.247/87)

**\*Campo de Preenchimento Obrigatório -mesmo não sendo Optante pelo Benefício.**

NOME	Allan Unser dos Santos
CPF	118.139.409-08
ENDEREÇO	Rua Joel Samways, 1012
BAIRRO	Alto Alegre
CIDADE	Cascavel
UF	Paraná
CEP	85805-120
TELEFONE	(45) 99831-0260

**Seu trabalho será no formato 100% home office?** Sim ( ) Não (x )

**Caso seja presencial, assinale a quantidade de dias para utilização do benefício:**

( ) 8 dias – 2 vezes na semana ( ) 12 dias – 3 vezes na semana ( ) 22 dias – 100% presencial.

Possui cartão de vale transporte? ( ) Sim, informe o número: \_\_\_\_\_ ( ) Não

### Itinerário de casa para o trabalho

TIPO	NOME BILHETE / CARTÃO	NOME EMPRESA DO CARTÃO	QUANTIDADE POR DIA	VALOR DA TARIFA
ÔNIBUS				
TREM				
METRO				
OUTROS				

### Itinerário do trabalho para a casa

TIPO	NOME BILHETE / CARTÃO	NOME EMPRESA DO CARTÃO	QUANTIDADE POR DIA	VALOR DA TARIFA
ÔNIBUS				
TREM				
METRO				
OUTROS				

Com base nos dados acima, solicito minha inclusão/alteração no benefício do Vale-Transporte, ciente do desconto nos termos da lei 7418 de 16/12/85 e das penalidades no uso indevido do Vale-Transporte, sendo que, o mesmo deve ser apenas para o deslocamento entre minha residência e o local de trabalho e vice-versa conforme art. 2º do decreto 95.247/87, responsabilizando-me pelos dados acima descritos, sob pena de demissão por justa causa.

Data de Admissão: 06\_\_\_/05\_\_\_/2024\_\_\_

Allan Unser  
Assinatura do Colaborador (a)



## FORMULÁRIO DE VALE REFEIÇÃO/ALIMENTAÇÃO

NOME	Allan Unser dos Santos
CPF	118.139.409-08
ENDEREÇO	Rua Joel Samways, 1012
BAIRRO	Alto Alegre
CIDADE	Cascavel
UF	Paraná
CEP	85805-120
TELEFONE	(45) 99831-0260

Assinalar a opção desejada:

( ) **Opção 1** : Vale Refeição R\$577,50 e Vale Alimentação R\$192,50

( x ) **Opção 2**: Vale Alimentação R\$770,00

( ) **Opção 3**: Vale Refeição R\$770,00

**Desconto Mensal: R\$6,00**

A alteração da modalidade escolhida só ocorrerá após uma **permanência mínima de 6 (seis) meses**, mediante comunicado do EMPREGADO, por escrito, entregue no setor de People Ops.

As partes estabelecem que o valor auferido a título de VR e/ou VA não integra o salário em nenhuma hipótese.

Data de Admissão: 06 /05 /2024

Allan Unser  
Assinatura do Colaborador (a)

CENTRAL DE ATENDIMENTO:

0800 730 0011

(segunda a sexta-feira, das 8h às 20h,  
exceto feriados)

Assistência Funeral – 24h)

SAC:

0800 730 0012

0800 730 0013

(deficiência auditiva ou de fala, 24h)

OUVIDORIA:

0800 200 1020

ACESSE:

www.prudentialdobrasil.com.br

## DESIGNAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS – VG/AP

(x) Inclusão

( ) Alteração

Estipulante:

Subestipulante:

Nº do contrato:

Nº do subcontrato:

<b>Nome do Segurado:</b> Allan Unser dos Santos			<b>Matrícula:</b> 06/05/2024	
<b>CPF:</b>	<b>Admissão:</b> / /	<b>Data de Nascimento:</b>	/ /	
<b>Sexo:</b> ( ) Feminino ( x ) Masculino		<b>Início da Vigência:</b> 06/05 /2024	<b>Estado Civil:</b> Solteiro	

### Dados dos beneficiários

Nome completo	Relacionamento	Nacionalidade	% Distribuição	Data de nascimento

Na ausência de beneficiários indicados ou, se por algum motivo, não prevalecer a indicação que for feita, a indenização será paga nos termos da legislação em vigor na data do sinistro; atualmente, conforme artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

A indicação de beneficiários é de livre escolha do segurado, que poderá fazer inclusões, alterações ou exclusões de beneficiários a qualquer tempo, mediante solicitação por escrito, que deverá ser mantida em poder do estipulante e encaminhada à seguradora para regulação do sinistro.

O beneficiário do segurado dependente, quando contratadas as garantias suplementares inclusão de cônjuge e/ou filhos,

será sempre o segurado titular, conforme disposto nas condições gerais.

**Obs.1:** preencher e assinar de próprio punho. Os maiores de 14 anos e menores de 18 anos deverão ser representados ou assistidos, em conformidade com a legislação vigente (artigo 1.634 - VII e artigo 1.747-I do Código Civil), devendo a proposta ser assinada em conjunto com um dos pais ou com o responsável, conforme o caso.

**Obs.2:** caso o segurado titular não saiba ler nem escrever, o instrumento poderá ser assinado a rogo e subscrito por duas testemunhas (artigo 595 do Código Civil Brasileiro).

**Declaração:** Declaro que os beneficiários deste seguro são os definidos neste documento, ficando revogada e sem nenhum valor a designação constante no contrato ou em indicações anteriores à presente.

Cascavel Parana, 19/04/2024

Local e data

Allan Unser

Assinatura

(Manual ou Digital)



## DECLARAÇÃO DE ENCARGOS DE FAMÍLIA PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

**Linx Sistemas e Consultoria Ltda. – CNPJ: 54.517.628/0001-98**

Av. das Nações Unidas, 7221 – 4,5,6,7,13 e 14 andares – Bairro: Pinheiros

São Paulo/SP

CEP: 05425-902

**Declarante:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Nrº:** \_\_\_\_\_ **Complemento:** \_\_\_\_\_

**Bairro:** \_\_\_\_\_ **Cidade:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_

Em obediência à legislação do Imposto de Renda, venho pelo presente informa-lhes que tenho como encargo de família, as pessoas abaixo relacionadas:

DEPENDENTES CONSIDERADOS COMO ENCARGO DE FAMÍLIA			
Nome Completo dos Dependentes	Dependente	Nascimento	

Declaro sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo à empresa/órgão qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Cônjuge (\*)

(\*) O ciente do cônjuge é obrigatório no caso de dependentes em comum – IN RFB 1.500/14 artigo 90, pagina 6º

\*\* Informação obrigatória para dependentes acima de 6 anos;

\*\*\* Renovar esta declaração sempre que ocorrer alteração nos dados acima;

\*\*\*\* É obrigatório o preenchimento de todos os campos desta declaração.

## **\* ORIENTAÇÕES \***

IN RFB 1.500/14

**Art. 90. Podem ser considerados dependentes:**

*I - o cônjuge;*

*II - o companheiro ou a companheira, desde que haja vida em comum por mais de 5 (cinco) anos, ou por período menor se da união resultou filho;*

*III - a filha, o filho, a enteada ou o enteado, até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;*

*IV - o menor pobre, até 21 (vinte e um) anos, que o contribuinte crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;*

*V - o irmão, o neto ou o bisneto, sem arrimo dos pais, até 21 (vinte e um) anos, desde que o contribuinte detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;*

*VI - os pais, os avós ou os bisavós, desde que não auferam rendimentos, tributáveis ou não, superiores ao limite de isenção mensal;*

*VII - o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.*

*§ 1º As pessoas elencadas nos incisos III e V do caput podem ser consideradas dependentes quando maiores até 24 (vinte e quatro) anos de idade, se estiverem cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de 2º (segundo) grau.*

*§ 2º Os dependentes comuns podem, opcionalmente, ser considerados por qualquer um dos cônjuges.*

*§ 3º No caso de filhos de pais separados, o contribuinte pode considerar, como dependentes, os que ficarem sob sua guarda em cumprimento de decisão judicial ou acordo homologado judicialmente.*

*§ 4º O responsável pelo pagamento a título de pensão alimentícia em face das normas do Direito de Família, quando em cumprimento de decisão judicial, inclusive a prestação de alimentos provisionais, de acordo homologado judicialmente, ou de escritura pública, não pode efetuar a dedução do valor correspondente a dependente, exceto na hipótese de mudança na relação de dependência no decorrer do ano-calendário.*

*§ 5º É vedada a dedução concomitante de um mesmo dependente na determinação da base de cálculo de mais de um contribuinte, exceto nos casos de alteração na relação de dependência no ano-calendário.*

***§ 6º Para fins de desconto do imposto na fonte, os beneficiários devem informar à fonte pagadora os dependentes a serem utilizados na determinação da base de cálculo, devendo a declaração ser firmada por ambos os cônjuges, no caso de dependentes comuns.***

*§ 7º Na DAA pode ser considerado dependente aquele que, no decorrer do ano-calendário, tenha sido dependente do outro cônjuge para fins do imposto mensal, observado o disposto no § 5º.*

*§ 8º Para fins do disposto no inciso II do caput, considera-se também dependente o companheiro ou companheira de união homoafetiva.*



## KIT CONTRATAÇÃO

### CÓDIGO DE CONDUTA DE ÉTICA

Declaro, para todos os fins, ter recebido o Código de Conduta Ética da Linx e, tendo lido e compreendido seu conteúdo, comprometo-me a cumpri-lo em seus integrais termos.

Cascavel - Parana, 19/04/2024

Local:

Allan Unser, 13022301-0

Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do colaborador e RG





## KIT CONTRATAÇÃO

### DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE PARENTESCO

Eu, Allan Unser dos Santos, portador do RG 13022301-0, inscrito no  
CPF sob o n.º 118.139.409-08, declaro para os devidos fins que não possuo laço de  
matrimônio, parentesco afim ou consanguíneo até segundo grau com os demais colaboradores da  
empresa Linx Sistemas.

Local: Cascavel – Parana, 19/04/2024

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: Allan Unser dos Santos



## KIT CONTRATAÇÃO

### RECIBO DAS POLÍTICAS DE NEGOCIAÇÃO DE VALORES MOBILIÁRIOS E DIVULGAÇÃO DE ATO OU FATO RELEVANTE DA LINX S.A.

Eu,

Allan Unser dos Santos

declaro ter recebido a – Política de Negociação de Valores Mobiliários de Emissão da Linx S.A, que tem como propósito estabelecer regras para assegurar a observância de práticas de boa conduta na negociação de Valores Mobiliários de emissão da companhia e a Política de Divulgação de Ato ou Fato relevante da Linx S.A que tem como propósito disciplinar os procedimentos internos relacionados à divulgação de informações gerais aos investidores e à imprensa.

Estou ciente da minha responsabilidade em realizar a leitura e entendimento destes documentos e assumir o compromisso de observar as normas e procedimentos previstos em tais documentos.

E, por fim, declaro que não negociarei Valores Mobiliários da Linx no Período de Impedimento à Negociação ou Período de Silêncio.

Cascavel – Paraná, 19/04/2024

Local:

Data:

Assinatura do colaborador:

Allan Unser

RECIBO MANUAL ANTICORRUPÇÃO

Termo de Compromisso

Declaro ter lido o Manual Anticorrupção LINX e me comprometo a cumprir e zelar pela observância integral e permanente das diretrizes e princípios morais que orientam nossos relacionamentos internos e externos.

Nome: Allan Unser dos Santos. Analista JR I – SUPORTE. Varejo

Cargo: \_\_\_\_\_

Departamento: Cascavel – Paraná 19/04/2024

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura: Allan Unser