

## Contrato de Trabaho

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Trabalho/Experiência, nos termos e para os efeitos do artigo 443 e seus parágrafos da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), as partes, de um lado,

DELOITTE TOUCHE TOHMATSU CONSULTORES LTDA, empresa com sede na AVENIDA DOUTOR CHUCRI ZAIDAN, N° 1240, 12 ANDAR - VILA SAO FRANCISCO, inscrita no CNPJ/MF sob nº 02.189.924/0001-03, representada na forma de seu Contrato Social, doravante denominada simplesmente EMPREGADORA, e, de outro lado,

WESLEY GABRIEL DA SILVA SOUZA, Brasil portador (a) da Carteira de Trabalho e Previdência Social nº 5613488, série 0050, emitida no Estado de PE e da Carteira de Identidade RG nº 9819421, inscrito (a) no CPF/MF sob nº 12283492408, com endereço na RUA Paquetá nº 66, OLINDA /PE, doravante denominado simplesmente EMPREGADO (A).

Ajustam entre si o presente Contrato de Trabalho, na conformidade do artigo 444 da CLT, que se regerá pelas condições e cláusulas seguintes:

1. A EMPREGADORA contrata o EMPREGADO para exercer a cargo de ASSISTENTE DADOS AUDITORIA, além das funções que vierem a ser objeto de ordens verbais, cartas e avisos, segundo as necessidades da EMPREGADORA, desde que compatíveis com suas atribuições, obrigando-se a cumprir todas as normas de serviços, comunicações gerais e instruções vigentes como política geral da empresa para todos os seus EMPREGADOS.
2. O EMPREGADO (A) exercerá suas funções em regime misto “remoto” ou “presencial”, podendo o EMPREGADO (A) trabalhar de forma remota, no escritório da EMPREGADORA ou nas dependências físicas dos clientes. O comparecimento eventual às dependências da EMPREGADORA ou nas dependências dos clientes da EMPREGADORA para a realização de atividades específicas não descaracterizará o regime de trabalho;
3. O local da prestação de serviço tem como base a sede da EMPREGADORA. Sendo que a utilização de espaços fora das dependências físicas da EMPREGADORA não altera a base de registro e efeitos legais decorrentes. O comparecimento eventual às dependências da EMPREGADORA ou nas dependências dos clientes da EMPREGADORA para a realização de atividades específicas não descaracterizará o regime de trabalho.
4. Concorda o EMPREGADO (A) neste ato com todas as orientações e/ou recomendações de saúde e segurança do trabalho, bem como políticas e procedimentos internos da firma, se comprometendo a executar os treinamentos relacionados. Declara ciência de todas as responsabilidades e deveres do EMPREGADO (A) e EMPREGADORA que estão dispostos na Política de Talent de Digital Workplace, publicada nos meios oficiais da EMPREGADORA e disponibilizada na intranet para eventuais consultas.
- 4.1. A EMPREGADORA fornecerá Kit Ergonômico para a realização do trabalho remoto (Teclado, mouse e suporte ajustável de notebook). Devendo o (a) EMPREGADO (A) utilizar e observar as normas de saúde e segurança do trabalho para a realização das atividades laborais, conforme Treinamento obrigatório previamente disponibilizado em sistema interno (SABA), além dos diversos comunicados e orientações voltadas à preservação de sua saúde, comprometendo-se o EMPREGADO (A) a segui-las irrestritamente.
5. Convencionam as partes que ficará a cargo da EMPREGADORA a disponibilização dos equipamentos tecnológicos para à prestação do trabalho remoto.
  - 5.1 Como os equipamentos são fornecidos pela EMPREGADORA, ficará a cargo do EMPREGADO (A) zelar pela preservação do material recebido, ficando responsável pelo custo da manutenção/reparo na hipótese de avarias não decorrentes do uso regular, bem como pela perda, mal-uso e extravio, conforme Termo de Responsabilidade assinado no recebimento dos equipamentos. As informações relativas à responsabilidade, manutenção ou pelo fornecimento dos equipamentos tecnológicos e de infraestrutura necessária e adequada à prestação do trabalho remoto, bem como a ajuda de custo concedido pela EMPREGADORA, estão dispostas em Política Interna, que será aplicável somente a partir da assinatura do presente instrumento.
  - 5.2 Será fornecida Ajuda de Custo mensal paga pela EMPREGADORA e não terá natureza salarial. Portanto, será paga durante o período que o EMPREGADO (A) permanecer no modelo de Digital Workplace, ou seja, havendo alteração para o regime presencial cessará tal pagamento.
  - 5.3 O pagamento da ajuda de custo mensal tem como única finalidade a manutenção da infraestrutura, proporcionando ao EMPREGADO (A) condições adequadas para realizar suas atividades de maneira remota, e deverá ser utilizada para o custeio de: Energia elétrica; internet; entre outros itens relacionados a manutenção da infraestrutura para o trabalho.
6. As partes estabelecem que as condições de trabalho do contrato remoto aqui pactuadas poderão ser alteradas respeitando a permanência mínima de 6 (seis) meses no Regime, por mútuo consentimento para a modalidade presencial, mediante Termo de Aditamento Contratual.
7. No exercício das suas atividades no modelo de trabalho de Digital Workplace, a EMPREGADORA poderá solicitar o comparecimento do EMPREGADO (A) nas dependências da empresa, desde que a solicitação seja realizada com, no mínimo, 24 (vinte e quatro) horas de antecedência.

Initial  
WGDSS

8. O EMPREGADO (A), por este instrumento, obriga-se a trabalhar exclusivamente para a EMPREGADORA, dedicando todo seu tempo, atenção, habilidades e esforços ao progresso e interesses da EMPREGADORA, sendo-lhe vedado exercer, dentro ou fora de seu trabalho, qualquer outra atividade que possa concorrer com as atividades da EMPREGADORA, salvo com prévia autorização, por escrito, por parte desta.

9. Este contrato é celebrado pelo período de experiência de 45 (quarenta e cinco) dias, de 05/05/2025 até 18/06/2025. Caso não haja manifestação contrária do EMPREGADOR, o contrato de experiência será prorrogado por mais 45 (quarenta e cinco) dias, com término em 02/08/2025, totalizando, portanto, o montante de 90 (noventa) dias, conforme disposto no parágrafo único do artigo 445 da CLT.

10. Na hipótese de continuidade do contrato após o término do período de experiência, este passará a vigorar por prazo indeterminado, ficando então prorrogadas todas as cláusulas aqui estabelecidas.

11. Durante a execução das atividades presencialmente, a duração normal de trabalho do EMPREGADO (A) será das 08:30 às 18:00, de segunda a sexta-feira, com intervalo para repouso e alimentação não computável na jornada, nos termos do art. 71, § 2º da CLT. O EMPREGADO (A) obriga-se a cumprir com exatidão o horário de trabalho acima mencionado pela EMPREGADORA, que poderá alterá-lo, consoante a necessidade dos serviços. Os intervalos para refeição e repouso também serão fixados pela EMPREGADORA e por esta poderão ser livremente alterados.

12. Durante a execução das atividades, o EMPREGADO (A) aceita que poderá realizar horas extras, com a compensação de tais horas na forma da lei e de acordo com as regras que forem implantadas pela EMPREGADORA para aprovação e autorização da realização de tais horas. As folgas quando, e se trabalhadas, também poderão ser compensadas em outro dia, na forma da lei.

13. O EMPREGADO (A) receberá pelos serviços prestados o salário bruto de R\$ 1.901,00 (Um Mil, Novecentos e Um Reais) por mês, pago mensalmente, conforme a legislação em vigor, o reajuste de salário será feito de acordo com a lei e/ou convenção coletiva da categoria.

13.1. A EMPREGADORA fica autorizada a depositar em instituição bancária de sua escolha, na conta salário do EMPREGADO (A), salários, 13º salários, férias e quaisquer outras importâncias que se refiram à remuneração do EMPREGADO (A).

13.2. Serão deduzidos do salário bruto os impostos aplicáveis. Além dos descontos legais, fica a EMPREGADORA autorizada a descontar da remuneração ou de quaisquer outros direitos ou créditos de natureza trabalhista do EMPREGADO (A):

(a) As importâncias de que o EMPREGADO (A) for devedor, relativas a empréstimos, bolsas de estudo, adiantamentos, seguro de vida, assistência médica, refeições, transporte, convênios, compras que efetuar em organizações e instituições coligadas à EMPREGADORA ou outros descontos devidamente autorizados; e

(b) O valor de prejuízos e/ou danos a que o EMPREGADO (A) der causa em virtude de dolo, negligência, imprudência ou imperícia, ao patrimônio da EMPREGADORA, inclusive materiais de qualquer natureza, sob sua responsabilidade e não devolvidos no tempo devido.

14. Em nenhuma circunstância o EMPREGADO (A) deverá, direta ou indiretamente, durante a vigência de seu contrato de trabalho à EMPREGADORA e após o término de seu contrato, transmitir ou revelar a qualquer pessoa, empresa, sociedade ou negócio, nem usar por sua própria conta, qualquer informação recebida durante seu vínculo empregatício com a EMPREGADORA, ou recebida de qualquer empresa direta ou indiretamente relacionada com a mesma ou de alguma forma a ela pertinente. O EMPREGADO (A) concorda que todos esses dados serão recebidos como informações confidenciais.

14.1. O EMPREGADO (A) científica-se neste ato de que são informações confidenciais: Todas as listas de clientes, orientações e dados sobre vendas e serviços, operações e negócios, bem como todos os demais papéis, registros e documentos elaborados pela EMPREGADORA ou pelo EMPREGADO (A), que estejam em seu poder durante seu vínculo empregatício, ou sejam de alguma forma a ele pertinente, em relação a quaisquer outros assuntos estabelecidos nesta cláusula, ou de alguma forma relativos aos negócios ou atividades da EMPREGADORA ou de terceiros, deverão ser devolvidos à EMPREGADORA por ocasião do término do contrato de trabalho ou a qualquer tempo, sempre que solicitados pela EMPREGADORA.

14.2. O EMPREGADO (A) concorda em manter a obrigação de sigilo pelo período de até 2 (dois) anos contados do término do presente contrato. O EMPREGADO (A) devolverá todos os documentos, desenhos, informações e quaisquer papéis considerados confidenciais que estiverem em sua posse ou controle por ocasião da rescisão de seu contrato de trabalho, seja qual for a razão. Não se aplicam as obrigações de sigilo ora mencionadas às INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS que:

(a) Tornarem-se de conhecimento público sem a participação da EMPREGADO (A);

(b) Cuja divulgação tenha sido requerida por ordem judicial ou administrativa, e;

(c) Cuja divulgação tenha sido autorizada previamente e por escrito pela SOCIEDADE.

14.3. Fica acordado que o EMPREGADO (A) não possui privacidade para uso do sistema de comunicação ou de qualquer sistema eletrônico da EMPREGADORA os quais poderão ser monitorados de tempos em tempos pela EMPREGADORA.

Initial  
WGDSS

15. O EMPREGADO(A) reconhece que durante a execução deste Contrato a EMPREGADORA poderá tratar determinados dados pessoais do EMPREGADO(A) ("Titular do Dado") na condição de Controladora, sendo responsável por tomar todas as decisões relativas às atividades de tratamento dos dados pessoais o que inclui a definição de finalidade, meios de tratamento e base legal que autorize o tratamento dos dados pessoais objeto deste Contrato, nos termos dos artigos 7º e 11 da LGPD e demais normativos pertinentes.

16. Aplicam-se a este Contrato todas as normas em vigor, relativas aos contratos por prazo indeterminado, devendo a rescisão antecipada, por justa causa, obedecer ao disposto nos artigos 482 e 483 da CLT, conforme o caso.

17. Não constituirá novação contratual a falta de aplicação por parte da EMPREGADORA do pactuado em alguma cláusula deste Contrato, em atendimento a circunstâncias especiais.

18. As Partes reconhecem que durante a negociação e a elaboração do presente Contrato foram seguidos os princípios da boa-fé e da probidade, bem como os princípios da razoabilidade e oportunidade, sendo que desta forma, nenhum abuso de direito poderá ser alegado, a qualquer título.

E, por assim estarem justos e contratados, assinam o presente em 02 (duas) vias, de igual teor e validade, na presença das duas testemunhas abaixo.

\, 05 de maio de 2025

Assinado por:

Gislene de Souza Silva

D5F6356870FF44A...

DELOITTE TOUCHE TOHMATSU CONSULTORES

Signed by:

WESLEY GABRIEL DA SILVA SOUZA

3B47AC7E6AA7476...

WESLEY GABRIEL DA SILVA SOUZA

**Testemunhas:**

1.

**NOME:**

**RG:**

2.

**NOME:**

**RG:**

## DECLARAÇÃO

Pelo presente termo, eu, Sr (a) WESLEY GABRIEL DA SILVA SOUZA, denominado doravante EMPREGADO da DELOITTE, denominada EMPREGADORA, portador da CTPS nº 5613488, série 0050, e CPF nº 12283492408, contratado para exercer o cargo/função de ASSISTENTE DADOS AUDITORIA, declaro que:

( ) posso possuir quotas da empresa \_\_\_\_\_, CNPJ nº \_\_\_\_\_;

( ) sou representante legal da empresa \_\_\_\_\_, CNPJ nº \_\_\_\_\_;

( ) não possuo quotas, nem sou representante legal de nenhuma empresa até o presente momento

Firmo, ainda, o compromisso de não utilizar o relacionamento desenvolvido com clientes, ferramentas, metodologias, marca e/ou qualquer outro meio da EMPREGADORA como forma de divulgação ou beneficiar ou proporcionar qualquer tipo de favorecimento para qualquer outra empresa, da qual seja sócio ou representante legal.

Este compromisso é valido mesmo para empresas na qual o EMPREGADO não possua vínculos, face a cláusula de exclusividade acordada no contrato de trabalho, estando ciente que trabalhará apenas para a EMPREGADORA, dedicando todo seu tempo, atenção, habilidades e esforços ao progresso e interesses da EMPREGADORA, durante sua jornada de trabalho.

Declaro que as informações aqui prestadas são completas e verdadeiras, e me responsabilizo pela sua veracidade e completude.

**Sexta, Maio 02, 2025**

Signed by:



3B47AC7E6AA7476

Assinatura:



WESLEY GABRIEL DA SILVA SOUZA

Contratação 05/05/2025

Situação: Atividade Normal

## Dados Pessoais

|   |                       |  |                                  |                    |
|---|-----------------------|--|----------------------------------|--------------------|
| ID<br>39637                                       | CPF<br>122.834.924-08 | Nome<br>WESLEY GABRIEL DA SILVA SOUZA  |                                  |                    |
| Nome Social                                       |                       |  | Data Nasc.<br>16/04/2000         | Idade<br>25 Anos   |
| Estado Civil<br>Solteiro (a)                      |                       | Data Casamento   | União Estável<br>Não             | Data União Estável |
| Possui Alvará Judicial para Trabalhar?            |                       | Número do Processo (Alvará)  |                                  |                    |
| País de Nascimento<br>Brasil                      |                       | País de Nacionalidade<br>Brasil  | Naturalidade<br>2611606 - RECIFE |                    |
| Casado (a) com Brasileira (o): Não                |                       | Possui Filho (s) com Brasileira (o): Não   |                                  |                    |
| Raça / Cor<br>Parda                               |                       | Filiação<br>(Mãe) LUCINERY MARIA DA SILVA SOUZA<br>(Pai) PAULO JOSE DA SILVA SOUZA |                                  |                    |
| Grau de Instrução<br>Educação Superior Incompleta |                       | Pessoa Com Deficiência<br>Não  |                                  |                    |

## Endereço

|                           |                             |              |                    |
|---------------------------|-----------------------------|--------------|--------------------|
| CEP<br>53280-400          | Logradouro<br>RUA - Paquetá | Complemento  | Nº<br>66           |
| Bairro<br>Sapucaia        | Município<br>OLINDA         |              |                    |
| Estado<br>PE - Pernambuco | País<br>Brasil              | Caixa Postal | CEP - Caixa Postal |

## Contato

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| (81) 99879-0197 | wessouza@deloitte.com |
|-----------------|-----------------------|

## Documentos

|                      |                          |                |  |                            |                               |
|----------------------|--------------------------|----------------|--|----------------------------|-------------------------------|
| Identidade           | Número<br>9819421        |                | Órgão Emissor<br>SDS                     | Estado<br>Pernambuco       | Data Emissão<br>11/05/2019    |
|                      | Tipo de Visto            | Validade Visto | Classificação do trabalhador estrangeiro |                            |                               |
| Carteira de Trabalho | Número<br>5613488        | Série<br>0050  | Estado<br>PE - Pernambuco                | Data Emissão<br>31/08/2016 | Data de Validade              |
| PIS/PASEP            | Código<br>165.86146.63.2 | Banco          | Data Cadastro                            | Agência                    |                               |
| Titulo de Eleitor    | Número<br>96145510809    | Zona<br>100    | Seção<br>621                             | Estado<br>PE - Pernambuco  | Data de Emissão<br>09/01/2018 |
| Certificado Militar  | Documento                | Categoria      | RM / DN / Comar                          | Número<br>320000420520     | CSM / OAM                     |

## Dados Gerais

|  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
| Primeiro emprego<br>Não  | Agente nocivo<br>0 - Sem exposição a agente nocivo - trabalhador nunca esteve exposto | Contrato de Experiência<br>Sim   |
| Dias<br>45   | Vencimento<br>18/06/2025  | Prorrogação de contrato<br>Não   |
| Contrato por prazo determinado com cláusula asseguratória<br>Não     | Aposentado por tempo de contribuição ou por idade<br>Não                              |                                  |
| Tipo de previdência<br>1 - RGPS - Regime Geral da Previdência Social | Matrícula de Previdência  | Descrição do Tipo de Previdência |

## Dados Contratuais

| Proveniente de Admissão Preliminar   | Matrícula                         | Data Admissão                  | Número do Processo Seletivo     | Data Início do Período Aquisitivo               |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---|
| Não  | 999731325                         | 05/05/2025                     |                                 | 05/05/2025                                      |
| <b>Situação</b>  |                                   | <b>Data Início da Situação</b> | <b>Data Início do Benefício</b> | <b>Movimentação CAGED</b>                       |
| 1 - Atividade Normal   |                                   | 05/05/2025                     |                                 | 20 - Admissão de empregado com emprego anterior |
| <b>Vínculo Empregatício</b>  |                                   |                                |                                 |   |
| 10 - Vínculo empregatício Trabalhador urbano vinculado a empregador pessoa jurídica por contrato de trabalho regido pela CLT, por prazo indeterminado. |                                   |                                |                                 |   |
| <b>Categoria</b>   |                                   |                                |                                 |   |
| 101 - Empregado - Geral, inclusive o empregado público da administração direta ou indireta contratado pela CLT   |                                   |                                |                                 |   |
| <b>Regime Trabalhista</b>  |                                   |                                | <b>Natureza da Atividade</b>    |   |
| 1 - CLT – Consolidação das Leis de Trabalho e legislações trabalhistas espec...  |                                   |                                | 1 - Trabalho urbano             |   |
| <b>Indicativo de Admissão</b>  |                                   |                                |                                 |   |
| 1 - Normal   |                                   |                                |                                 |   |
| <b>Tipo de admissão eSocial</b>  |                                   |                                |                                 |   |
| 1 - Admissão   |                                   |                                |                                 |   |
| <b>Tipo de admissão:</b>   | 2 - Admissão com emprego anterior |                                |                                 |   |

## Sindicato

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <b>Sindicato</b>                       | <b>Sindicato Profissional Liberal</b> |
| 12 - SINTAPPI - RECIFE                 |                                       |
| <b>Descontar Contribuição Sindical</b> | <b>Filiação Sindical</b>              |
| Não                                    |                                       |

## Dados Bancários

|                           |                      |                           |
|---------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Forma de pagamento</b> | <b>Tipo da Conta</b> | <b>Banco</b>              |
| Crédito em Conta Corrente | 1                    | 237 - BANCO BRADESCO      |
| <b>Agência</b>            | <b>Conta</b>         | <b>Dígito verificador</b> |
| 2798 - 7 - AGENCIA 27987  | 74856                | 0                         |

## CBO

|                                     |
|-------------------------------------|
| <b>CBO</b>                          |
| 4110-10 - Assistente Administrativo |

## Natureza Profissional

|                              |
|------------------------------|
| <b>Natureza Profissional</b> |
| 1 - PRATICO                  |

## Alocação

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| <b>Empresa</b>  | <b>Estabelecimento</b>      |
| 70 - DELOITTE TOUCHE TOHMATSU CONSULTORES LTDA  | 7003 - DTT CONSULTORES - RE |
| <b>Lotação Tributária</b>   | <b>Órgão Responsável</b>    |
| 7003 - DTT CONSULTORES - RE   | 3 - RECIFE/PE               |
| <b>Unidade Organizacional</b>   |                             |
| 4349 - STAFF   A&A   SUPORT BUSINESS   AUDIT DELIVERY CENTER   ...                      | Centro de Custos            |
| <b>Posição</b>  |                             |
| 8611 - 70 - A&A - Head Office Business - UO 4349 - 9011171 - ASSISTENTE DADOS AUDITORIA |                             |

## FGTS

|                |              |                      |
|----------------|--------------|----------------------|
| <b>Optante</b> | <b>Conta</b> | <b>Data da opção</b> |
| Sim            |              | 05/05/2025           |

## Cargo e Função

|  |
|--|
| <b>Cargo</b>                               |
| (Mensal) 5199 - ASSISTENTE DADOS AUDITORIA |

## Cargo Efetivo

|   |                           |                       |
|---|---------------------------|-----------------------|
| <b>Tabela Salarial</b>                                      | <b>Faixa Salarial</b>     | <b>Nível Salarial</b> |
| 334 - 33.4 - A&A - AUDIT DELIVERY CENTER - TECNOLOGIA - 80% | 9 - ASSISTENTE DADOS A... |                       |
| <b>Salário</b>  |                           |                       |

## Função Efetiva

|                 |
|-----------------|
| <b>Função</b>   |
| -               |
| Tabela Salarial |
| -               |
| <b>Salário</b>  |

AVENIDA REPUBLICA DO LIBANO, N° 251, TORRE B - PINA  
RECIFE - PE - Cep: 51110-160

### Escala e Ponto

| Escala                            | Carga Horária Semanal | Carga Horária Mensal | Marca Ponto | Tipo Marcação do Ponto | Turma |
|-----------------------------------|-----------------------|----------------------|-------------|------------------------|-------|
| 76 - 08:30 (12:00 as 13:30) 18:00 | 40                    | 200                  | N           |                        |       |

### Salário atual

**Valor**

1.901,00

### Assinaturas

Assinado por:



Gislene de Souza Silva

DELOITTE SERVICOS CONTABEIS E ADMINISTRATIVOS  
ESPECIALIZADOS LTDA

Signed by:



WESLEY GABRIEL DA SILVA SOUZA

3B47AC7E6AA7476...

WESLEY GABRIEL DA SILVA SOUZA

## TERMO DE CIÊNCIA DE PROTEÇÃO DE DADOS

Através deste instrumento eu, WESLEY GABRIEL DA SILVA SOUZA, residente na RUA Paquetá, 66, , Sapucaia, OLINDA - PE portador(a) do RG nº 9819421, inscrito(a) no CPF 12283492408, abaixo assinado, entendo que em decorrência da relação de emprego com a Deloitte, reconheço que serão tratados dados pessoais de minha titularidade tais como nome, CPF, RG, nacionalidade, telefone, carteira de trabalho e previdência social, título de eleitor, estado civil, data de nascimento, endereço, filiação, instituição bancária, agência, número de conta, salário, dados de dependentes, dados de escolaridade, dados de performance, imagens coletadas pelo circuito interno de segurança, dados pessoais disponibilizados pela Deloitte a partir do uso da intranet e aplicativos da Deloitte, conforme Políticas de Privacidade, e outros dados pessoais para a finalidade de execução do contrato de trabalho, o que inclui mas não se limita à identificação, registro e cadastro de determinados dados pessoais nos sistemas e controles internos da Deloitte, acesso ao network e plataformas da Rede Deloitte, comunicação entre as partes, controle e liberação de acesso às dependências da Deloitte e à ferramentas necessárias para desenvolvimento das atividades laborais, realização de treinamentos periódicos, avaliações de performance e metas, pagamento de salários, disponibilização de benefícios, realização de pesquisas internas, cumprimento de obrigações legais ou regulatórias e todas as finalidades relacionadas ao desenvolvimento do contrato de trabalho.

Entendo que o compartilhamento dos dados pessoais será limitado apenas aos dados que sejam necessários para alcançar cada uma das finalidades de tratamento previstas e conforme as condições abaixo.

1 Reconheço que meus dados pessoais poderão ser compartilhados pela DELOITTE com empresas terceiras, nos limites das necessidades de compartilhamento e finalidades. Estou ciente de que esses compartilhamentos poderão ser realizados, dentre outros, com: (i) empresas responsáveis pela concessão de benefícios de plano de saúde, vale refeição, vale alimentação, vale transporte, entre outros; (ii) empresas responsáveis pela concessão de benefícios diversos como escolas, faculdades, restaurantes, academias, entre outros, que realizam parcerias com a DELOITTE para que eu possa receber as vantagens concedidas aos funcionários da DELOITTE (iii) empresas responsáveis pela produção de crachás e cartões de visitas; (iv) empresas ligadas à prestação de serviços de saúde como aquelas responsáveis por realizar campanhas de vacinação; (v) agências de viagens, companhias aéreas, hotéis, locadoras de veículos, seguro internacional entre outros para fins de autorização e realização de viagens profissionais nacionais e internacionais; (vi) empresas de telefonia móvel no caso em que eu receba linha de telefonia corporativa como benefício; (vii) empresas de tecnologia, suporte, segurança e atendimento para administração e controle de acesso às dependências da DELOITTE; (viii) empresas de tecnologia da informação responsáveis pela gestão, manutenção, suporte e implementação de sistemas e plataformas internos; (ix) consultorias e demais empresas responsáveis pela realização de treinamentos e cursos concedidos pela DELOITTE bem como consultorias em geral; (x) clientes, parceiros, fornecedores e terceiros que possuem relação contratual com a DELOITTE, a qual pode ser representada por mim para desenvolvimento das atividades do contrato celebrado entre a DELOITTE e clientes, parceiros, fornecedores e terceiros, o que inclui mas não se limita à disponibilização de dados pessoais para fins de comprovação de regularidade trabalhista, fiscal ou outros aspectos de Compliance e para liberação de acesso aos sistemas e dependências físicas de clientes, parceiros, fornecedores e terceiros; (xi) entidades públicas e conselhos profissionais para cumprimento de obrigações legais e regulatórias, tais como aquelas relativas a auditorias e obrigações trabalhistas como o e-Social; (xii) instituições bancárias para fins de pagamento de remunerações e reembolso de despesas; (xiii) empresas que atuam como operadoras de dados pessoais para tratamento dos dados pessoais com o objetivo único e exclusivo de atendimento às finalidades estabelecidas previamente pela DELOITTE; (xiv) empresas do grupo ou empresas terceiras de tecnologia contratadas pela DELOITTE para realizar o armazenamento em nuvem dos dados pessoais tratados, dentro ou fora do território nacional; (xv) escritórios jurídicos para exercícios de direitos; (xvi) áreas internas da DELOITTE quando necessário para desenvolvimento das atividades relacionadas ao contrato de trabalho; (xvii) empresas pertencentes ao grupo, as quais estão estabelecidas dentro e fora do território nacional, para fins de administração e gestão e, também, no caso de transferência de localidade de prestação de

2. Entendo que durante a execução do contrato de trabalho a Deloitte poderá tratar dados pessoais sensíveis de minha titularidade relacionados a informações de gênero, raça, deficiência, saúde, resultado de exame admissional e demissional, Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), atestados médicos, filiação à Sindicato entre outros para as finalidades de execução do contrato ou para prestar assistência médica ambulatorial, registrar faltas e licenças, conceder e administrar benefícios de planos de saúde, realizar análise de sinistralidade, proteção à vida dos demais empregados e controle de pandemias (nos limites do permitido pela legislação), entre outros.

3. Reconheço que os dados pessoais sensíveis mencionados acima poderão ser compartilhados pela DELOITTE com empresas terceiras, nos limites das necessidades de compartilhamento e finalidades. Esses compartilhamentos poderão ser realizados com, mas sem limitar à: (i) empresas responsáveis pela concessão de benefícios e administração de plano de saúde; (ii) empresas responsáveis pela concessão de seguros de vida; (iii) empresas de tecnologia da informação responsáveis pela gestão, manutenção, suporte e implementação de sistemas e plataformas internos bem como pelo armazenamento dos dados pessoais sensíveis; (v) empresas parceiras para realização de exame admissional, demissional e Atestado de Saúde

Initial  
WGDSS

## TERMO DE CIÊNCIA DE PROTEÇÃO DE DADOS

Ocupacional (ASO); (vi) entidades públicas e Sindicatos para cumprimento de obrigações legais e regulatórias; (vii) áreas internas da Deloitte quando necessário para desenvolvimento das atividades relacionadas ao contrato de trabalho (viii) empresas pertencentes ao grupo, as quais estão estabelecidas dentro e fora do território nacional, para fins de administração, gestão e, também, no caso de transferência do local de trabalho. Estou ciente de que tal compartilhamento será limitado apenas aos dados pessoais sensíveis que sejam necessários para alcançar cada uma das finalidades de tratamento previstas.

4. Entendo que, caso aplicável, serão coletados dados pessoais de meus dependentes, tais como nome, RG, CPF, data de nascimento entre outros necessários para os fins de inclusão em benefícios concedidos pela Deloitte, como benefício de plano de saúde e outros, compartilhamento com órgãos e entidades públicas por força de leis ou regulamentos e para outras finalidades que tenham relação com a execução do contrato de trabalho. Nestes casos, o tratamento de dados pessoais de crianças e adolescentes será sempre realizado em seu melhor interesse, nos termos da LGPD e demais normativos pertinentes. Ainda, estou ciente que nos casos em que se fizer necessário o consentimento de um dos pais ou responsável legal da criança e/ou adolescente para o tratamento de seus dados pessoais, a Deloitte providenciará a coleta de manifestação livre, informada e inequívoca.

5. Concordo que a Deloitte poderá compartilhar dados pessoais com Operadores de dados pessoais para tratamento dos dados pessoais com o objetivo único e exclusivo de atendimento às finalidades estabelecidas previamente pela Deloitte, seguindo estritamente suas instruções e orientações. Nessa oportunidade, a DELOITTE diligenciará para que o Operador contratado cumpra o disposto na LGPD, nos regulamentos e diretrizes da Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) e outras regulamentações sobre o tema.

6. Reconheço que, enquanto titular dos dados pessoais, poderei exercer todos os direitos sobre meus dados pessoais previstos na LGPD, por meio de requisição à DELOITTE registrada através do canal "Contate-nos", localizado na intranet da firma.

7. Ante ao exposto, me comprometo a manter a DELOITTE atualizada acerca de seus dados pessoais, informando qualquer alteração imediatamente.

8. Por fim, reconheço e aceito que, ao término do contrato de trabalho, por qualquer motivo ou razão, a Deloitte poderá manter meus dados pessoais armazenados pelo prazo necessário para cumprir com as políticas internas da EMPREGADORA, obrigações contratuais, legais e/ou regulatórias.

9. Por meio deste instrumento, confirmo que tive acesso à Política de Privacidade Interna da DELOITTE e outras políticas, códigos e procedimentos internos sobre o tema, comprometendo-me a cumpri-los em sua integridade, estando ciente das consequências de seu descumprimento.

SÃO PAULO - SP, 02 de maio de 2025

Signed by:

  
WESLEY GABRIEL DA SILVA SOUZA

3B47AC7E6AA7476...

Assinatura do Profissional

Testemunhas

## TERMO DE COMPROMISSO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

Através deste instrumento eu, WESLEY GABRIEL DA SILVA SOUZA, residente na RUA Paquetá, 66, , Sapucaia, OLINDA - PE, portador(a) da Carteira de Identidade RG nº 9819421, inscrito(a) no CPF/MF sob nº 12283492408, abaixo assinado, entendo que no decorrer dos trabalhos que executarei para a Deloitte, posso vir a receber, tanto Deloitte quanto de seus clientes, informações sigilosas ou de caráter confidencial.

Tais informações, tanto da Deloitte quanto de seus clientes, podem incluir, mas não se limitam a:

- Quaisquer dados de clientes da Deloitte que não sejam ou fossem de conhecimento público;
- Manuais, materiais de treinamento, material técnico e informações sobre produtos e serviços;
- Ferramentas e metodologias;
- Estratégias de mercado;
- Bancos de dados;
- Lista de clientes, parcial ou integral, bem como respectivos contatos;
- Softwares;
- Quaisquer outros materiais de propriedade intelectual.

Declaro que manterei dentro do mais absoluto sigilo e confidencialidade toda e qualquer informação a qual tiver acesso em virtude de minha atuação da Firma, incluindo, mas não se, incluindo, mas não se limitando:

- Arquivos;
- Dados cadastrais de clientes e terceiros;
- Trocas de e-mails;
- Papéis de trabalho;
- Propostas;
- Relatórios;
- Tabelas de taxas horárias;
- Preços comerciais;
- Informações de ordem interna ou externa;
- Listas de endereço e telefone, seja parcial ou integralmente.

Ao assinar o presente documento, dou minha ciência e reconhecimento aos pontos a seguir:

- Ao divulgar, explorar ou reproduzir, parcial ou integralmente, quaisquer informações sigilosas ou confidenciais, ou mesmo informações decorrentes da tecnologia(s), ferramenta(s), softwares(s) e metodologia(s) sem a expressa autorização da Deloitte, estarei descumprindo com minhas obrigações como profissional da Deloitte e firmadas no presente termo;
- Toda comunicação telefônica ou eletrônica utilizando qualquer sistema que seja da propriedade da Deloitte ou do cliente da Deloitte é considerada um documento da Deloitte ou do cliente da Deloitte;
- O eventual uso de informação mercadológica relacionada a clientes da Deloitte ou sua estratégia de mercado caracterizam concorrência danosa e indevida derivada de informação privilegiada, sigilosa e confidencial, sendo certo que me comprometo a não concorrer no mercado baseado nestas informações pelo prazo indicado acima;
- A utilização do nome da Deloitte sem a autorização expressa e por escrito da mesma ensejará ações civis e criminais quando aplicável.
- Apesar de não recomendado, o uso pessoal ocasional dos sistemas de comunicações da Deloitte é permitido, porém o usuário automaticamente renuncia qualquer direito à privacidade.

Declaro, reconheço e renuncio, ainda, a todo e qualquer direito de propriedade intelectual, de autor ou de outra natureza, registrável ou não, referente aos serviços prestados, que se constituem, incontestavelmente, de titularidade e propriedade da Deloitte, inclusive para fins de exploração comercial. Em razão dos direitos declarados e reconhecidos acima, em seu favor, poderá a Deloitte, a qualquer tempo, fazer as modificações e adaptações que julgar conveniente nos serviços e quaisquer bases ou meios em que venham a ser aplicados, inclusive registrandoos em seu nome, podendo, ainda, locá-los ou comercializá-los livremente.

Por fim, concordo que a violação do presente termo poderá causar danos e prejuízos irreparáveis, desta forma, neste ato, reconheço e aceito que, na hipótese de violação de quaisquer das cláusulas deste termo, estarei sujeito a todas as sanções e penalidades nos termos da legislação brasileira, sem prejuízo dos danos diretos e indiretos a quer der causa, decorrentes de responsabilidade civil ou criminal, os quais serão apurados em regular processo judicial.

SÃO PAULO - SP, 02 de maio de 2025

Signed by:



3B47AC7E6AA7476...

WESLEY GABRIEL DA SILVA SOUZA

## TERMO DE RECEBIMENTO E RESPONSABILIDADE DE KIT ERGONÔMICO

Pelo presente Termo de recebimento de Kit Ergonômico, dotado de mouse, teclado e suporte para notebook, o profissional identificado neste termo, assume a inteira responsabilidade pelo uso e guarda adequados dos equipamentos, cumprindo ainda com as orientações de segurança descritas abaixo:

- 1 - O profissional se responsabiliza pela utilização única e exclusiva a atividades oriundas da Firma;
- 2 - O profissional deverá utilizar os equipamentos recebidos, sempre que estiver realizando suas atribuições;
- 3 – Zelar pela preservação dos equipamentos, ficando responsável pelo custo da manutenção/reparo na hipótese de avarias não decorrentes do uso regular, bem como perda, mal uso e extravio;
- 4 – As orientações para correta utilização do kit ergonômico, encontram-se disponível no treinamento do Digital Workplace, podendo por ventura, e por qualquer necessidade, entrar em contato com o time de segurança do trabalho, através do e-mail: BR, Segurança do Trabalho [segurancadotrabalho@deloitte.com](mailto:segurancadotrabalho@deloitte.com)

SÃO PAULO - SP, 02 de maio de 2025

Signed by:



3B47AC7E6AA7476...

WESLEY GABRIEL DA SILVA SOUZA

**TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ADESÃO A PREVIDÊNCIA PRIVADA**

Através deste instrumento eu, WESLEY GABRIEL DA SILVA SOUZA, inscrito (a) no CPF/MF sob nº 12283492408, abaixo assinado, declaro ciência e concordância com todos os termos aqui estipulados, no que se refere à adesão ou não do plano de previdência privada oferecido pela Deloitte.

Dessa forma, reconheço que:

1. É de minha responsabilidade realizar a adesão a Previdência Privada até a data de minha admissão (05/05/2025).
2. Estou ciente da data limite para adesão e me comprometo a respeitar o prazo.

SÃO PAULO - SP, 02 de maio de 2025

Signed by:



WESLEY GABRIEL DA SILVA SOUZA  
CPF: 12283492408

Testemunhas:

---

---

**TERMO DE CIÊNCIA SOBRE SEGURO DE VIDA**

Através deste instrumento eu, WESLEY GABRIEL DA SILVA SOUZA, inscrito (a) no CPF/MF sob nº 12283492408, abaixo assinado, declaro ciência e concordância com todos os termos aqui estipulados, no que se refere à adesão ou não do SEGURO DE VIDA oferecido pela Deloitte.

Dessa forma, reconheço que:

1. É de minha responsabilidade preencher o formulário de adesão de Seguro de Vida disponibilizado pela Deloitte até a data de minha admissão (05/05/2025)
2. Estou ciente de que sem o devido preenchimento eu não estarei coberto pelo benefício de Seguro de Vida da Firma.
3. Estou ciente da data limite para preencher os documentos e me comprometo a respeitar o prazo estabelecido.

SÃO PAULO - SP, 02 de maio de 2025

Signed by:



3B47AC7E6AA7476...

WESLEY GABRIEL DA SILVA SOUZA

CPF: 12283492408

Testemunhas:

---

---



**SEGURO DE PESSOAS - COLETIVO  
PROPOSTA DE ADESÃO (COM CÔNJUGE)**

**SEGURADORA****BRADESCO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**

Código SUSEP: 686-6

AV. ALPHAVILLE, 779, EMPRESARIAL 18 DO FORTE, CEP: 06472-900, BARUERI/SP

CNPJ: 061.990.695/0001-37

Processo SUSEP N° 15414.005521/2011-20

**APÓLICE****Apólice nº  
865391****( ) Alteração - Endosso nº ()  
(X) Adesão****ESTIPULANTE**

DELOITTE TOUCHE TOHMATSU AUDIT INDEPENDENTES LTDA

**CNPJ**

49.928.567/0001-11

**SUBESTIPULANTE**

003 - DELOITTE TOUCHE TOHMATSU AUDIT INDEPENDENTES LTDA

**CNPJ**

49.928.567/0001-11

**DADOS DO PROPONENTE**

|  |                         |                                 |  |
|--|-------------------------|---------------------------------|--|
| Nome:<br>WESLEY GABRIEL DA SILVA SOUZA |                         | CPF:<br>12283492408             |  |
| Data de Nascimento:<br>16/04/2000      | Sexo:<br>Masculino      | Estado Civil:<br>Solteiro (a)   | RG:<br>9819421                           |
| Salário:<br>1.901,00                   | Matrícula:<br>999731325 | Data de Admissão:<br>05/05/2025 | Cargo/Função:<br>ASSISTENTE DADOS AUD... |
| Endereço Completo:<br>RUA Paquetá, 66  |                         |                                 | Bairro:<br>Sapucaia                      |
| CEP:<br>53280400                       | Cidade:<br>OLINDA       | UF:<br>PE                       | Prêmio:                                  |

**DADOS DO CÔNJUGE**

|       |      |                     |
|-------|------|---------------------|
| Nome: | CPF: | Data de Nascimento: |
|-------|------|---------------------|

**Não podem participar da Cláusula Complementar de Inclusão de Cônjuges, os companheiros(as) e cônjuges que façam parte do Grupo Segurável de Segurados Principais.**

**VIGÊNCIA**

A vigência do risco individual, assim entendida a vigência do Seguro, terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas das datas determinadas no Certificado Individual e cessará com término de vigência da Apólice, salvo as hipóteses de cancelamento previstas nas Condições Gerais deste Seguro.

| <b>COBERTURA(S)</b>                       | <b>CAPITAL(S) SEGURADO(S)</b>   |
|---|---|
| MORTE                                     | 36 vezes o salário do funcionário ilimitado ao mínimo de R\$ 20.000,00 e ao máximo de R\$ 1.000.000,00. |
| MORTE ACIDENTAL                           | 100% da Cobertura de MORTE  |
| INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE*        | Até 100% da Cobertura de MORTE  |
| INV FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL DOENÇA**   | 100% da Cobertura de MORTE  |
| AUXILIO FUNERAL INDIVIDUAL LIMITADO A***  | Limitado ao máximo de R\$ 10.000,00   |
| AUXILIO FUNERAL CONJUGE AUT LIMITADO A*** | Limitado ao máximo de R\$ 10.000,00   |
| AUXILIO FUNERAL FILHOS LIMITADO A***      | Limitado ao máximo de R\$ 10.000,00   |

**COBERTURA(S)****TAXA(S) DO SEGURO**

|   |         |
|---|---------|
| MORTE                                     | 0,0432‰ |
| MORTE ACIDENTAL                           | 0,0082‰ |
| INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE*        | 0,0061‰ |
| INV FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL DOENCA**   | 0,0199‰ |
| AUXILIO FUNERAL INDIVIDUAL LIMITADO A***  | 0,0010‰ |
| AUXILIO FUNERAL CONJUGE AUT LIMITADO A*** | 0,0006‰ |



**SEGURO DE PESSOAS - COLETIVO  
PROPOSTA DE ADESÃO (COM CÔNJUGE)**



|                                      |         |
|--------------------------------------|---------|
| AUXILIO FUNERAL FILHOS LIMITADO A*** | 0,0008% |
|--------------------------------------|---------|

A **taxa do seguro** será aplicada sobre o Capital Segurado Individual.

O **prêmio** será obtido por meio da multiplicação da taxa do seguro pelo Capital Segurado da Cobertura de Referência.

\*O valor da Indenização para a Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente será apurado mediante a aplicação dos percentuais estabelecidos na Tabela prevista nas condições gerais do seguro sobre o valor do Capital Segurado estabelecido para esta Cobertura, e estará limitada a 100% do valor do referido Capital.

\*\*A concessão de auxílio doença, auxílio acidente ou aposentadoria por invalidez pela Previdência Social (INSS), por regime próprio (RPPS), regime especial ou outra instituição pública ou privada não caracteriza, por si só, o quadro Clínico Incapacitante necessário à comprovação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença e, portanto, não asseguram o direito à Indenização. Da mesma forma, a incapacidade laborativa, seja ela total ou parcial, temporária ou definitiva, caracterizada pela incapacidade para o exercício de determinada atividade profissional ou laborativa também não configura o Quadro Clínico Incapacitante.

\*\*\*Garante única e tão somente o reembolso das despesas com o funeral.

Serão admitidos como segurados o cônjuge/companheiro e/ou filho(s) e/ou enteado(s) e/ou menor(es) considerado(s) dependente(s) econômico(s) do segurado.

**OBSERVAÇÃO**

Alterações: Exclusão das coberturas de Morte de Cônjugue, Morte de Filhos, Filhos Póstumos e Adaptação da Residência e Veículo.

Alteração na regra de capital de múltiplo 24 x para opção de planos, sendo Plano A - 12 x o salário , Plano B - 24 x o salário e Plano C - 36 x o salário.

Anualmente, no mês antecessor ao aniversário, será analisada a experiência da apólice, se verificado Índice de Sinistralidade (Sinistro+IBNR/Prêmio) maior a 85% (oitenta e cinco por cento), haverá reajuste da taxa.

**ATUALIZAÇÃO DE VALORES**

Os prêmios e capitais segurados serão atualizados anualmente pelo mesmo percentual do dissídio coletivo da categoria profissional vinculada ao Estipulante, ou conforme estabelecido nas Condições Contratuais.

| FORMA DE CUSTEIO                        | CRITÉRIO DE CUSTEIO             | EXCEDENTE TÉCNICO                                 | REMUNERAÇÃO DO ESTIPULANTE                     |
|---|---------------------------------|---|--|
| Não Contributário                       | 100% Estipulante<br>0% Segurado | 50.0%, conforme Condições Contratuais da Apólice. | 0%, conforme Condições Contratuais da Apólice. |
| NOME DO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S)* |                                 | PARENTESCO  | % PARTICIPAÇÃO                                 |
|   |                                 |   |  |
|   |                                 |   |  |
|   |                                 |   |  |
|   |                                 |   |  |
|   |                                 |   |  |

\*Na falta de indicação expressa de beneficiários ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

O Beneficiário para fins da Cobertura de Morte do Cônjugue será o Segurado Principal.

Eu na qualidade de pai/mãe/responsável legal do beneficiário (menor de 12 anos) autorizo que o Bradesco Vida e Previdência S.A. realize o tratamento dos dados pessoais do beneficiário indicado, especificamente para os fins indicados neste documento e reconheço que fui orientado a respeito das finalidades do tratamento e da possibilidade de revogação do meu consentimento a qualquer momento, ciente de que, neste caso, a criança perderá a qualidade de beneficiário.

**Pela presente autorizo a minha Inclusão na apólice de Seguro de Pessoas - Coletivo** contratada pelo Estipulante acima, a quem concedo o direito de agir em meu nome no cumprimento de todas as obrigações estabelecidas nas Condições Gerais e Especiais da referida Apólice. Assumo a responsabilidade por todas as informações prestadas e declarações feitas nesta proposta e as que não sejam do meu próprio punho que coincidam com as da cópia em meu poder. Declaro ter ciência de que:

**1. A aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco.**

**2. Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.**



**SEGURO DE PESSOAS - COLETIVO  
PROPOSTA DE ADESÃO (COM CÔNJUGE)**



**3.** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, Incentivo ou recomendação a sua comercialização.

**4.** O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

**5. Se o Segurado, seu representante ou corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à Indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.**

**6. As condições contratuais deste produto protocolizadas pela Sociedade 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 proposta de adesão.**

**7.** Na ocorrência de sinistro a comunicação poderá ser realizada mediante preenchimento do formulário "Comunique um Sinistro de Vida" disponível no site [www.bradescoseguros.com.br/wps/portal/TransformDigital/Site/Atendimento/central-sinistros](http://www.bradescoseguros.com.br/wps/portal/TransformDigital/Site/Atendimento/central-sinistros), ou através da Central de Atendimento de Sinistros 4004 2794 (Capitais e Regiões Metropolitanas) ou 0800 701 2794 (Demais Regiões).

**8.** Declaro que recebi e tenho conhecimento do inteiro teor das Condições Contratuais e Gerais deste seguro, às quais estou de pleno acordo.

**9.** Estou ciente de que as Condições Gerais e o Certificado Individual do Seguro permanecem disponíveis a qualquer tempo, no site [www.bradescoseguros.com.br](http://www.bradescoseguros.com.br).

**10.** Os dados presentes neste documento ou coletados para as finalidades aqui previstas serão utilizados única e exclusivamente para cumprir com a finalidade a que se destinam e em respeito a toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018). Em razão da natureza do documento, ele pode conter dados sensíveis, que devem ser tratados com a máxima confidencialidade, jamais sendo copiados, mantidos ou utilizados para outros fins, sob pena das consequências disciplinares, administrativas e judiciais aplicáveis.

**11.** Para obter maiores informações sobre como os seus dados pessoais são tratados pela Bradesco Vida e Previdência S.A., consulte a nossa Diretiva de Privacidade disponível para consulta em [www.bradescosegurança.com.br](http://www.bradescosegurança.com.br).

**12.** Constitui dever do intermediário dar cumprimento integral às disposições da Resolução CNSP nº 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização ao proponente de informações sobre eventuais conflitos de interesses na relação entre intermediário e Seguradora, se atua com exclusividade e o montante da remuneração pela intermediação deste contrato.

**13.** Recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada integralmente aceita, abrangendo todas as coberturas contratadas, se a Seguradora sobre ela não se manifestar expressamente perante o Proponente, o que poderá ser feito por meio do Estipulante, no prazo de 15 (quinze) dias, contado do seu recebimento, explicitando o motivo da recusa.

O referido prazo poderá ser suspenso uma única vez se a Seguradora verificar que as informações contidas na Proposta de Adesão são insuficientes para a emissão do Certificado de Seguro e solicitar a apresentação de novos documentos e/ou informações. A contagem do prazo voltará a correr a partir da data em que for protocolada na Seguradora a entrega da documentação e/ou informação solicitada.

**14.** Autorizo a Seguradora Bradesco Vida e Previdência S.A. a enviar por e-mail, whatsapp ou SMS informativos ou materiais publicitários sobre o meu seguro.

**15.** Site para registro de reclamações dos consumidores: [www.consumidor.gov.br](http://www.consumidor.gov.br).

**OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE PARA CAPITAIS SEGURADOS SUPERIORES A R\$ 1.000.000,01.**

**A DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE (ABAIXO) DEVE SER PREENCHIDA DE PRÓPRIO PUNHO, EM TODOS OS CAMPOS, PELO PROONENTE.**

**PROONENTE:**

1. Encontra-se em plena atividade de trabalho? Se não, justifique.

2. Sofre atualmente ou sofreu nos últimos cinco anos de alguma moléstia que o tenha obrigado a consultar médicos, hospitalizar-se ou submeter-se a intervenções cirúrgicas? Especifique detalhes da doença e/ou acidente, da cirurgia e quando ocorreu.

3. Possui deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Especifique detalhes, inclusive grau de deficiência.



**SEGURO DE PESSOAS - COLETIVO  
PROPOSTA DE ADESÃO (COM CÔNJUGE)**



4. Fez ou faz uso de medicamentos em geral de forma rotineira? Em caso positivo, esclareça quais medicamentos e os motivos.

**CÔNJUGE:**

1. Encontra-se em plena atividade de trabalho? Se não, justifique.

2. Sofre atualmente ou sofreu nos últimos cinco anos de alguma moléstia que o tenha obrigado a consultar médicos, hospitalizar-se ou submeter-se a intervenções cirúrgicas? Especifique detalhes da doença e/ou acidente, da cirurgia e quando ocorreu.

3. Possui deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Especifique detalhes, inclusive grau de deficiência.

4. Fez ou faz uso de medicamentos em geral de forma rotineira? Em caso positivo, esclareça quais medicamentos e os motivos.

Data: 07 May 2025 | 17:13 BRT

Assinatura do Proponente:

*WESLEY GABRIEL DA SILVA SOUZA*

Signed by:  
3B47AC7E6AA7476...

**INSTRUÇÕES AO ESTIPULANTE**

Somente poderão ser incluídas neste Seguro, pessoas que estejam em perfeitas condições de saúde e em plena atividade profissional. Caso o Proponente declare acima alguma ressalva em relação ao seu estado de saúde ou de seu cônjuge, encaminhar com urgência a presente proposta de adesão para análise da Seguradora.



**SEGURO DE PESSOAS - COLETIVO  
PROPOSTA DE ADESÃO (COM CÔNJUGE)**



Central de Relacionamento  
Consultas, Informações  
e Serviços Transacionais.  
Capitais e Regiões Metropolitanas:  
**4004 2704**  
Demais Localidades:  
**0800 701 2704**  
Das 08h às 18h  
de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> feira, exceto feriados.



SAC:  
**0800 721 1144**  
Deficiência Auditiva ou de Fala:  
**0800 701 2778**  
Reclamações, Cancelamentos  
e Informações Gerais:  
**Atendimento 24 horas,  
7 dias por semana.**



Ouvidoria:  
**0800 701 7000**

Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria:  
Das 08h as 18h, de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> feira, exceto feriados.

**Acesse o portal do estipulante escaneando o QRCode abaixo:**






---

**SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S) - SEGURO PESSOAS - SAB**


---

**DADOS DO SEGURO**

|  |                           |         |                  |
|--|---------------------------|---------|------------------|
| Estipulante  | Apólice No                |         |                  |
| DELOITTE TOUCHE TOHMATSU AUDITORES INDEPENDENTES LTDA. | <b>865180</b>             |         |                  |
| Nome Subestipulante                                    | No Sub                    |         |                  |
| DELOITTE TOUCHE TOHMATSU AUDITORES INDEPENDENTES LTDA. | <b>49.928.567/0001-11</b> |         |                  |
| Segurado   | CPF                       | RG      | Matrícula        |
| <b>WESLEY GABRIEL DA SILVA SOUZA</b>                   | 12283492408               | 9819421 | <b>999731325</b> |

## DECLARAÇÃO

Pelo presente termo, eu WESLEY GABRIEL DA SILVA SOUZA, denominado doravante EMPREGADO da DELOITTE TOUCHE TOHMATSU CONSULTORES LTDA, contratado para exercer o cargo/função de ASSISTENTE DADOS AUDITORIA, declaro que: Possuo as seguintes nacionalidades e cidadanias listadas abaixo:

Brasil

- (  ) Sou uma "US PERSON";  
(  ) Não sou uma "US PERSON";  
(  ) Não sou uma "US PERSON" mas posso Greencard;  
(  ) Trabalhei, em qualquer capacidade, nos últimos 5 (cinco) anos, em órgão regulador, nacional ou estrangeiro (Ex.: PCAOB, SEC, BACEN, CRC, CRA, CORECON, OAB, entre outros).

Se SIM, por favor indicar o órgão regulador em que trabalhou: \_\_\_\_\_

- (  ) Não trabalhei em órgão regulador nos últimos 5 (cinco) anos.  
(  ) Não sou e nem fui parte em qualquer investigação, processos administrativos ou disciplinares, acordos com ou sem encargo financeiro ou demanda judicial envolvendo qualquer órgão regulador local ou internacional (exemplo, CVM, CRC, CREA, CRECI, CRA, CORECON, OAB, BACEN, SUSEP, SEC, PCAOB, entre outros) ou entidade governamental relativo às minhas atividades profissionais.

Se SIM, por favor descrever e indicar que tipo de procedimento e processo

- (  ) Não sofri condenação, sanção disciplinar ou encargos financeiros em qualquer investigação, processos administrativos ou disciplinares, acordo com ou sem encargo financeiro ou demanda judicial envolvendo qualquer órgão regulador entidade governamental relativo às minhas atividades profissionais.

Se SIM, por favor descrever o tipo de condenação ou sanção disciplinar sofrida

- (  ) Não sou e nem fui objeto de (a) uma sanção disciplinar do PCAOB me suspendendo ou proibindo de me associar com uma firma de auditoria ou contabilidade registrada no PCAOB, (b) uma decisão da SEC suspendendo ou me negando o privilégio de comparecer ou exercer atividades profissionais perante a SEC, ou (c) uma ordem judicial me proibindo de comparecer ou exercer atividades profissionais perante a SEC.

Se SIM, por favor descrever o tipo de condenação ou sanção disciplinar sofrida junto ao PCAOB

- (  ) Reconheço minha responsabilidade de comunicar prontamente ao Departamento Jurídico e Regulatory qualquer notificação, citação, intimação entre outros procedimentos que deem ciência de início de processos por qualquer órgão regulador ou entidade governamental, seja na esfera administrativa ou judicial, envolvendo as minhas atividades profissionais

Declaro que as informações aqui prestadas são completas e verdadeiras, e me responsabilizo pela sua veracidade e completude.

, 05 de maio de 2025

Signed by:



3B47AC7E6AA7476...

**WESLEY GABRIEL DA SILVA SOUZA**

\* US PERSON - Incluem as seguintes situações: (a) qualquer cidadão dos EUA; (b) residente permanente dos EUA (portador do "green card"); (c) pessoa com determinado status de imigração protegido pela lei dos EUA (por exemplo, status de refugiado ou de asilo); (d) entidades organizadas de acordo com a lei dos EUA; (e) pessoa ou entidade localizada nos Estados Unidos, independentemente da nacionalidade (por exemplo, funcionário de uma Firma Membro em viagem aos Estados Unidos) ou, (e) pessoa ou entidade trabalhando para uma empresa ou grupo com localização ou organizada nos Estados Unidos.

## TERMO DE PORTABILIDADE DE CONTA SALÁRIO

Eu, WESLEY GABRIEL DA SILVA SOUZA, portador do CPF nº 12283492408, enquanto profissional da DELOITTE, confirmo estar ciente da minha obrigação de manter meus dados atualizados, especialmente em relação as informações bancárias. Caso ocorra qualquer alteração em relação a Banco, agência e conta corrente, seja por qualquer motivo ou circunstância, me comprometo a abrir um chamado no Service Now:

Signed by:

  
WESLEY GABRIEL DA SILVA SOUZA  
3B47AC7E6AA7476...

WESLEY GABRIEL DA SILVA SOUZA

RG: 9819421

CPF: 12283492408