

QUESTIONÁRIO DE RISCO

IMPORTANTE: Todos os campos aplicáveis deverão ser preenchidos. Campos não preenchidos serão considerados, para todos os efeitos legais e de coberturas securitárias, como não aplicáveis. Este documento será CONSIDERADO parte integrante da apólice, caso o seguro seja contratado.

Dados do Proponente

Razão Social: Empresa Municipal de Desenvolvimento de Campinas S/A		CNPJ: 44.602.720/0001-00
Endereço Principal: Rua Dr. Salles de Oliveira	Nº: 1028	Complemento:
Bairro: Vila Industrial	Cidade/UF: Campinas-SP	CEP: 13035-280
Está residindo fora do Brasil? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	País:	
E-mail: licitacoes@emdec.com.br		Data de Início das Atividades: 11/01/1972
Ramo de atividade do Proponente: Gerenciamento e operação do Trânsito e Transporte		
Telefone: 19 3772-1557	Celular:	

Composição do Capital Social do Proponente

Nome: Prefeitura de Campinas	CPF:	Participação (%): 99,9697
Nome: COAHB	CPF:	Participação (%): 0,0110
Nome: CAMPREV	CPF:	Participação (%): 0,0022
Nome: OUTROS	CPF:	Participação (%): 0,0171

IMPORTANTE: Se os espaços acima não forem suficientes, anexar as informações adicionais em folha separada.

Subsidiárias ou Coligadas¹ do Proponente

Razão Social:	CNPJ:	Participação (%):
Razão Social:	CNPJ:	Participação (%):
Razão Social:	CNPJ:	Participação (%):
Razão Social:	CNPJ:	Participação (%):

¹ Entende-se por Subsidiárias ou Coligadas, Sociedades nas quais o Proponente detenha, direta ou indiretamente, direito à maioria dos votos nas deliberações e à nomeação e destituição de seus administradores

IMPORTANTE: Se os espaços acima não forem suficientes, anexe as informações adicionais em folha separada.

A empresa possui filial ou operações em outros países?	SIM* <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
Se sim, em quais?		

Entidades Externas² do Proponente

Razão Social:	CNPJ:	Participação (%):
Razão Social:	CNPJ:	Participação (%):

² Entende-se por Entidades Externas as pessoas jurídicas diversas do Proponente e de suas subsidiárias ou coligadas, que tenham algum vínculo societário ou administrativo com o Proponente, inclusive entidades sem fins lucrativos e mantidas pelo Proponente.

IMPORTANTE: Se os espaços acima não forem suficientes, anexar as informações adicionais em folha separada.

Informações para Análise do Risco

Quanto ao Proponente, suas Subsidiárias, Coligadas e/ou Entidades Externas, houve nos últimos 2 anos ou há Expectativa nos próximos 12 meses de:

Aquisição ou constituição de novas subsidiárias coligadas?	SIM* <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
* Se sim, explique.		
Ingresso ou retirada de sócios, incorporação, compra ou fusão com outras instituições?	SIM* <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
* Se sim, explique.		
Oferta pública ou privada de títulos ou valores mobiliários (ações, debêntures, etc.)?	SIM* <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
* Se sim, explique.		

QUESTIONÁRIO DE RISCO

Demissões coletivas?	SIM* <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
* Se sim, explique.		
Falência, insolvência, liquidação, recuperação, intervenção ou procedimento análogo, na esfera judicial ou extrajudicial?	SIM* <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
* Se sim, explique.		
O Proponente, suas Subsidiárias, suas Coligadas e/ou Entidades Externas já passaram por algumas das situações de crise abaixo?		
Notícia pública decorrente de: uma perda não prevista de um grande cliente ou contrato, recall ou atraso de um produto de grande relevância ou direitos de propriedade intelectual, relacionados aos registros de patentes, marcas e/ou direitos autorais.	SIM* <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
* Se sim: Quando iniciou?	Quando terminou?	
Notícia ou acusação pública que tenha resultado em danos corporais, doenças, morte, assédio moral, ou ainda, prejuízos ou destruição de bens tangíveis, inclusive a perda de uso dos mesmos.	SIM* <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
* Se sim: Quando iniciou?	Quando terminou?	
Exposição pública sobre a demissão individual e/ou coletiva de empregados e/ou renúncia de membros da alta gestão ou do conselho Fiscal e/ou Administrativo.	SIM* <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
* Se sim: Quando iniciou?	Quando terminou?	
Notícia pública da suspensão ou cancelamento da distribuição de dividendos já programados.	SIM* <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
* Se sim: Quando iniciou?	Quando terminou?	
Alguma exposição pública sobre a venda de ativos que tragam impacto substancial ao balanço da empresa.	SIM* <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
* Se sim: Quando iniciou?	Quando terminou?	
Anúncio ou exposição pública sobre inadimplência, e/ou reestruturação de suas dívidas com seus credores.	SIM* <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
* Se sim: Quando iniciou?	Quando terminou?	
Exposição pública sobre a pretensão de pedir recuperação judicial ou extrajudicial, autofalência, ou falência pretendida por credores, ou ainda, a iminência de processo falimentar voluntário ou involuntário.	SIM* <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
* Se sim: Quando iniciou?	Quando terminou?	
Notícia pública referente ao início ou a ameaça de processos litigiosos judiciais ou administrativos.	SIM* <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
* Se sim: Quando iniciou?	Quando terminou?	

O Proponente tem contratos com empresas, autarquias e/ou empresas de economia mista da administração pública?

SIM* NÃO

* Caso a resposta acima seja sim, informar, em termos percentuais, o quanto estes contratos representam da receita líquida da empresa:

10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Em termos percentuais, os 10 maiores contratos e/ou clientes representam quanto da receita líquida da empresa. Informar abaixo:

10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

O Proponente, suas Subsidiárias, suas Coligadas e/ou Entidades Externas já sofreram aplicação de multas ou penalidades cíveis ou administrativas?

SIM NÃO | Se sim, descrever abaixo:

Motivo	Data	Valor R\$
		R\$
		R\$
		R\$
		R\$

Histórico de Reclamações

O Proponente, suas Subsidiárias, Coligadas e/ou Entidades Externas estiveram ou estão envolvidas em:

Ações tributárias?	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Ações ambientais?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
Ações trabalhistas?	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Ações criminais penais?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>

QUESTIONÁRIO DE RISCO

Demais ações cíveis?	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Inquéritos ou procedimentos administrativos?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
----------------------	---	------------------------------	--	------------------------------	------------------------------

Houve o envolvimento da pessoa física dos administradores no polo passivo de qualquer das situações acima? SIM* NÃO

* Se sim, explique. **Julgamento de contas 2019 E 2020 TCE-SP**

O proponente, suas coligadas, ou seus administradores possuem conhecimento de algum fato ou circunstância que possa dar origem a uma reclamação coberta pelo presente seguro? SIM* NÃO

* Se sim, explique.

IMPORTANTE: Se alguma resposta acima for SIM, preencher o REPORTE DE RECLAMAÇÕES na página 04, deste documento.

Seguros Anteriores

O Proponente, suas Subsidiárias, Coligadas e/ou Entidades Externas possuíram ou atualmente possuem apólice de Seguro de Responsabilidade Civil de Administradores e Diretores (D&O) junto à outra seguradora? SIM* NÃO

* Se sim, forneça as informações abaixo:

Nome da Seguradora	Limite da Apólice	Período de Vigência	
AIG Seguros Brasil S/A	R\$ 8.500.000,00	De 04/09/2024	até 03/09/2025

O Proponente, suas Subsidiárias, Coligadas e/ou Entidades Externas tiveram algum sinistro indenizado ou negado em outra seguradora? SIM* NÃO

* Se sim, forneça as informações abaixo, conforme aplicável:

Valor da indenização: R\$ 53.333,32 Motivo da negativa:

Informações para Cotação

Importância Segurada (o valor deve ser igual ou menor que o patrimônio líquido da empresa Proponente)

R\$ R\$ 8.500.000,00 R\$ Outras:

Tipo de Apólice
 NOVA RENOVAÇÃO UNIMED RENOVAÇÃO CONGÊNERE Se Renovação Unimed, Apólice nº

Vigência anual desejada
04/09/2025 até 03/09/2026

Observações

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco;

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização;

O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Declaração

O proponente ou seu representante legal, mediante apresentação de procuração, declara que:

(i) Todas as informações fornecidas neste documento são verdadeiras, completas e fornecidas de boa-fé, sob pena do disposto nos Arts. 765 e 766 do Código Civil, sem prejuízo ao disposto nas Condições Gerais.

(ii) Está ciente do dever de informar a Seguradora imediatamente caso as informações prestadas neste documento sofram qualquer alteração antes da efetivação do seguro. Com base nas novas informações, a Seguradora poderá rever sua posição quanto à aceitação do risco ou quanto às condições oferecidas, inclusive no que tange a prêmios, coberturas e exclusões.

(iii) Está ciente que uma vez efetivado o seguro, o presente documento, juntamente com eventuais anexos entregues em folhas separadas, passarão a integrar a apólice e que caso julgue necessário, a Seguradora poderá, a qualquer momento, solicitar informações adicionais e/ou verificar a veracidade das informações fornecidas.

(iv) Desconhece, durante o período de retroatividade, quaisquer fatos ou atos que possam dar origem a uma reclamação coberta pelo seguro e que caso seja concedido período de retroatividade anterior ao início de vigência da apólice, serão passíveis de cobertura os fatos desconhecidos pelo Segurado no momento da contratação.

(v) Tomou ciência das Condições Gerais do Seguro, disponíveis em www.segurosunimed.com.br/rc-deo/condicoes, em especial no que tange às coberturas e às exclusões, e de que o presente seguro é à base de reclamação com notificação, exigindo sua comunicação à seguradora tão logo se tenha conhecimento.

Campinas, 11 de agosto de 2025

Alan Battaglin / Gerente Financeiro

Local e Data

Nome e Cargo

Assinatura

QUESTIONÁRIO DE RISCO - REPORTE DE RECLAMAÇÕES

IMPORTANTE: Esta página só deve ser preenchida caso o segurado tenha histórico de reclamações. Se o espaço não for suficiente, anexar folhas ao documento. Este documento será CONSIDERADO parte integrante da apólice, caso o seguro seja contratado.

Reclamação 01

Nome do autor da ação

Nome do terceiro prejudicado

Data da ocorrência (fato gerador)	Data da reclamação	Valor envolvido ou indenizado R\$	Expectativa de perda
-----------------------------------	--------------------	--------------------------------------	----------------------

Objeto da reclamação (detalhar o dano alegado pelo reclamante, a conduta do profissional e demais informações relevantes)

Nº e foro do processo	Status do processo (Ex. Em andamento Aguardando perícia Encerrado)
-----------------------	--

Reclamação 02

Nome do autor da ação

Nome do terceiro prejudicado

Data da ocorrência (fato gerador)	Data da reclamação	Valor envolvido ou indenizado R\$	Expectativa de perda
-----------------------------------	--------------------	--------------------------------------	----------------------

Objeto da reclamação (detalhar o dano alegado pelo reclamante, a conduta do profissional e demais informações relevantes).

Nº e foro do processo	Status do processo (Ex. Em andamento Aguardando perícia Encerrado)
-----------------------	--

Reclamação 03

Nome do autor da ação

Nome do terceiro prejudicado

Data da ocorrência (fato gerador)	Data da reclamação	Valor envolvido ou indenizado R\$	Expectativa de perda
-----------------------------------	--------------------	--------------------------------------	----------------------

Objeto da reclamação (detalhar o dano alegado pelo reclamante, a conduta do profissional e demais informações relevantes)

Nº e foro do processo	Status do processo (Ex. Em andamento Aguardando perícia Encerrado)
-----------------------	--

Local e Data

Nome e Cargo

Assinatura