



**FORMULÁRIO PARA INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS PARA FINS  
PREVIDENCIÁRIOS**

| TEOT  | NOME DO TITULAR                 |
|-------|---------------------------------|
| 11308 | ROBERTO HAGNER SOUZA DE CAMALHO |

Conforme previsto no **Estatuto da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia**, Capítulo II - Dos Associados - Artigo 5º, Parágrafos Primeiro e Segundo, indico as pessoas abaixo relacionadas, exclusivamente para fins de adesão ao Plano de Benefícios Previdenciários - **SBOTPrev**:

1 - Nome: SELMA MEGINA SOUZA DE CAMALHO

CPF: 907.396.204-87 , Data de Nasc: 12/12/1974

Endereço: AV JOSE MORAES DE ALMEIDA

Bairro: COACU Cidade: EUZÉDIO

UF: CE CEP: 61.766-000 Tel: 85-90756-1701

Email: \_\_\_\_\_

2 - Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_, Data de Nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**DECLARO que as informações acima são verdadeiras.**

|                                 |                                                                 |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <u>15/04/10</u><br>Local e Data | <u>Roberto Hagner Souza de Camalho</u><br>Assinatura do Titular |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------|



Nº do Instituidor \_\_\_\_\_ Nome do Instituidor \_\_\_\_\_ Data da Proposta 20/04/16 Nº da Proposta 101608485

## QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

Nome Completo do Proponente SELMA REGINA SOUZA DO CARVALHO CPF do Proponente 907.396.204-8 ☒ Titular ☐ Dependente

Natureza do Doc. Identificação RG Número 4374229 Órgão Expedidor SSP-PB Data de Expedição 26/01/12

Data de Nascimento 12/12/74 Naturalidade RECIFE Nacionalidade BRASILEIRO Idade 41 Sexo ☒ F ☐ M

Estado Civil ☐ Solteiro ☒ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo Nome do Cônjuge ROBERTO VAGNER SOUZA DA SILVA

Ocupação Principal ADMINISTRADOR É pessoa politicamente exposta? ☒ Não ☐ Sim Especificar: \_\_\_\_\_

Renda Mensal 5.000,00 Endereço Residencial Nº 1100 - CASA 19 AV. JOSE MORAES DE ALMEIDA

Bairro COACU Cidade EUZÉBIO UF CE CEP 61.760.000

DDD 85 Telefone 1 996615180 Telefone 2 \_\_\_\_\_ Endereço Comercial \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

DDD \_\_\_\_\_ Telefone 1 \_\_\_\_\_ Telefone 2 \_\_\_\_\_ E-mail DR.ROBERTO@CARVALHO@GMAIL.COM

Nome Completo do Representante Legal (obrigatório se proponente menor de idade) \_\_\_\_\_ CPF do Representante Legal \_\_\_\_\_

Filiação MARIA MIRIAM SOUZA DA SILVA Endereço para Correspondência JOSE GALDINO DA SILVA ☒ Residencial ☐ Comercial

<sup>1</sup>Pessoas politicamente expostas: agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos último 5 anos, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, nas esferas federal, estadual ou municipal, assim como seus representantes, familiares de primeiro grau, e outras pessoas de seu relacionamento próximo, conforme definido na IN MPS nº 26/2008 e Circular SUSEP nº 380/2008.

## PLANO DE BENEFÍCIOS

Benefício APOSENTADORIA PROGRAMADA Idade para Entrada em Benefício 65 anos Valor da Contribuição (1) R\$ 300,00

Tributação ☐ Alíquotas Progressivas Rubrica Salário Taxa de Administração do plano: 2%. O valor de contribuição será atualizado, anualmente, no mês de junho, pela variação do INPC.

☒ Alíquotas Regressivas

Plano aprovado pelo MPS, processo nº 44.000.002136/09-76 sob o comando nº 336622256 e juntada nº 337088828.

Inscrição do plano no CNPB nº 2009.0024-74.

## BENEFICIÁRIOS DO PLANO (inexistindo indicação de beneficiários, será observado o art. 792 do Código Civil)

| Nome Completo                        | Data de Nascimento | Parentesco* | Participação |
|--------------------------------------|--------------------|-------------|--------------|
| <u>ROBERTO VAGNER S. DO CARVALHO</u> | <u>13/9/74</u>     | <u>C</u>    | <u>100</u>   |
| _____                                | _____              | _____       | _____        |
| _____                                | _____              | _____       | _____        |

\*A - Avô(ô); C - Cônjuge; F - Filho(a); H - Companheiro(a); I - Irmão(ã); M - Mãe; N - Neto(a); P - Pai; S - Sobrinho(a); T - Tio(a); U - Nenhum

## PARCELA ADICIONAL DE RISCO

| Benefício                                                                                                     | Nº Processo SUSEP            | Valor do Pecúlio                        | Valor da Contribuição |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|
| <u>PECÚLIO POR MORTE</u>                                                                                      | <u>15.414.000077/2005-16</u> | R\$ <u>255362,61</u>                    | R\$ <u>100,00</u>     |
| <u>PECÚLIO POR INVALIDEZ</u>                                                                                  | <u>15.414.000078/2005-52</u> | R\$ <u>940.649,50</u>                   | R\$ <u>100,00</u>     |
| Pecúlios garantidos pela Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A. CNPJ: 33.608.308/0001-73 Carregamento: 30% |                              | Total da Parcela Adicional de Risco (2) | R\$ <u>200,00</u>     |

O valor da contribuição para o(s) pecúlio(s) será atualizado, anualmente, no mês de julho, pela variação do INPC e em função da nova idade atingida pelo participante.

O registro destes planos na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação para sua comercialização.

## DADOS PARA PAGAMENTO

Dia do Vencimento 25 Total da Contribuição - R\$ (1+2) 500,00 ☐ Débito em Conta ☒ Boleto Bancário

Nome do Correntista (em caso de débito em conta) \_\_\_\_\_ CPF do Correntista \_\_\_\_\_

Nº do Banco \_\_\_\_\_ Nome do Banco \_\_\_\_\_ Nº da Agência \_\_\_\_\_ Nº da Conta Corrente \_\_\_\_\_ Autorização de débito em conta no verso da 2ª via.



Data: 25/04/16

Hora: 12:20h

Espaço para relógio protocolo

A aceitação estará sujeita à análise do risco e a MONGERAL AEGON tem o prazo de até 15 dias, contados da data que vier a ser registrada pelo relógio protocolo, para manifestar-se em relação à aceitação ou recusa desta proposta. Este prazo será suspenso quando necessária a requisição de outros documentos ou dados para análise do risco. Essa eventual suspensão terminará quando forem protocolados os documentos ou dados para análise do risco. Caso não haja manifestação de recusa desta proposta pela MONGERAL AEGON no prazo antes referido, a aceitação da proposta se dará automaticamente. No caso de não aceitação da proposta, o valor aportado será devolvido, atualizado até a data da efetiva restituição, de acordo com a regulamentação em vigor.

## PARA USO DA MONGERAL AEGON

|                                                    |                                  |                                             |                         |                                       |                                         |
|----------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| Nome do Proponente<br><u>SELMA REGINA SOUZA DE</u> |                                  | Código do Órgão<br><u>907.396.204-8</u>     |                         | A partir de<br><u>25/06</u>           |                                         |
| Convênio Adesão<br><u>10-19</u>                    | Ação de Marketing<br><u>0439</u> | Alternativa<br><u>1</u>                     | Sucursal<br><u>F-06</u> | Diretor Regional<br><u>16.00019-7</u> | Gerente de Sucursal<br><u>0300265-8</u> |
| Gerente Comercial<br><u>53000861</u>               | Agente                           | Corretor 1<br>VB. Corretora de Seguros Ltda | Corretor 2              |                                       |                                         |
|                                                    |                                  | Código Susep. 10.200.523.08                 |                         |                                       |                                         |
|                                                    |                                  | Código Mongeral. 07.22.402-3                |                         |                                       |                                         |

## PARA USO DO CORRETOR

|                                                   |                              |                                               |                              |                                             |                              |
|---------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------|
| Nome do Corretor<br>VB. Corretora de Seguros Ltda |                              | Código SUSEP<br>VB. Corretora de Seguros Ltda |                              | Assinatura<br>VB. Corretora de Seguros Ltda |                              |
| Código Susep. 10.200.523.08                       | Código Susep. 10.200.523.08  | Código Susep. 10.200.523.08                   | Código Susep. 10.200.523.08  | Código Susep. 10.200.523.08                 | Código Susep. 10.200.523.08  |
| Código Mongeral. 07.22.402-3                      | Código Mongeral. 07.22.402-3 | Código Mongeral. 07.22.402-3                  | Código Mongeral. 07.22.402-3 | Código Mongeral. 07.22.402-3                | Código Mongeral. 07.22.402-3 |

## DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

Declaração Pessoal de Saúde (nunca deve ser assinada em branco.)

|                                                                                                                                                                                                                                              |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 1. Encontra-se com algum problema de saúde ou faz uso de medicamento atualmente? Especificar.                                                                                                                                                | <u>Não</u>                 |
| 2. Sofre ou já sofreu de doenças do coração, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, problemas circulatórios ou cardiovasculares? Informar qual.                                                                                       | <u>Não</u>                 |
| 3. Sofre de doenças do sangue ou de diabetes? Informar qual.                                                                                                                                                                                 | <u>Não</u>                 |
| 4. Sofre de deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Informar qual.                                                                                                                                                                       | <u>Não</u>                 |
| 5. Foi submetido a alguma intervenção cirúrgica, inclusive biópsia ou punção, ou esteve internado em regime hospitalar para tratamento médico nos últimos 5 anos? Especificar.                                                               | <u>Não</u>                 |
| 6. Sofre ou já sofreu de doenças do pulmão, enfisema, doenças do fígado, doenças do aparelho digestivo ou doenças renais? Informar qual.                                                                                                     | <u>Não</u>                 |
| 7. Sofre ou já sofreu de tumores ou câncer ou já foi submetido a tratamento com radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos auxiliares? Especificar.                                                                                   | <u>Não</u>                 |
| 8. É portador(a) do vírus HIV?                                                                                                                                                                                                               | <u>Não</u>                 |
| 9. Encontra-se afastado de atividade de trabalho por motivo de doença ou aposentadoria por invalidez?                                                                                                                                        | <u>Não</u>                 |
| 10. É fumante? Qual a quantidade média de cigarros por dia?                                                                                                                                                                                  | <u>Não</u>                 |
| 11. Indique seu peso e altura.                                                                                                                                                                                                               | <u>60</u> kg <u>1.60</u> m |
| 12. Pratica pára-quedismo, motociclismo, boxe, asa-delta, rodeio, alpinismo, voo livre, automobilismo, mergulho ou exerce atividade, em caráter profissional ou amador, a bordo de aeronaves que não sejam de linhas regulares? Especificar. | <u>Não</u>                 |

Declaro ter recebido o exemplar do estatuto da SBOTPrev e do regulamento do plano SBOTPrev, bem como o material explicativo sobre o referido plano. Declaro também que tive prévio e expresso conhecimento e estou de acordo com os termos dos regulamentos dos planos de pecúlio, contratados pela SBOTPrev na MONGERAL AEGON, e por mim custeados, que determinam como único beneficiário a SBOTPrev, o que não poderá ser alterado. Entendo que a responsabilidade pelo pagamento das rendas mensais de aposentadoria programada, aposentadoria por invalidez e pensão será da SBOTPrev. Desta maneira, reconheço que a minha assinatura na presente proposta implica na minha automática adesão aos referidos regulamentos, sabendo, desde já, que a aceitação dos planos de risco está sujeita à análise do risco. Declaro, ainda, que as informações por mim fornecidas são verdadeiras e ciente estou de que quaisquer omissões ou falsidades tornarão nula esta proposta, nos termos do Art. 766 do Código Civil, podendo vir a responder civil e criminalmente pelas inverdades eventualmente verificadas. Autorizo, desde já, médicos, hospitais, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas a prestar à MONGERAL AEGON informações relacionadas ao meu estado de saúde ou moléstias que eu possa sofrer ou ter sofrido, bem como resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ou sigilo profissional. Comprometo-me a informar à SBOTPrev a minha condição de pessoa politicamente exposta, mesmo que ocorrida após a assinatura da proposta, durante a vigência do plano, conforme os termos definidos na IN MPS nº 26/2008 e na Circular SUSEP nº 380/2008.

SSA 20/04/2016  
Local e Data

[Assinatura]  
Assinatura do Proponente ou Representante Legal

## PARA USO DA SBOTPrev

|                                     |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Conferido em                        | Visto                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

De acordo com a solicitação do proponente.

Local e Data

Assinatura do Representante da SBOTPrev

Gestor do plano: SBOTPrev - CNPJ: 11 401 654 / 0001-43



PROPOSTA DE INSCRIÇÃO Suplementar: ☐ Sim ☒ Não

SBOTPrev

Nº do Instituidor Nome do Instituidor

Data da Proposta

Nº da Proposta

101608485

## QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

Nome Completo do Proponente SELMA REGINA SOUZA DA CARVALHO CPF do Proponente 907.396.204-8 ☒ Titular ☐ Dependente

Natureza do Doc. Identificação RG Número 4374229 Órgão Expedidor SSP. PE Data de Expedição 26/01/12

Data de Nascimento 12/12/74 Naturalidade RECIFE Nacionalidade BRASILEIRO Idade 41 Sexo ☒ F ☐ M

Estado Civil ☐ Solteiro ☒ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo Nome do Cônjuge ROBERTO VAGNER SOUZA DA CARVALHO

Ocupação Principal AUXILIAR É pessoa politicamente exposta? ☒ Não ☐ Sim Especificar:

Renda Mensal 5.000,00 Endereço Residencial Nº 1100 - CASA 19 AV. JOSE MORAES DA ALMEIDA

Bairro COACU Cidade CURUPE UF CE CEP 61760-000

DDD 85 Telefone 1 996615180 Telefone 2 Endereço Comercial

Bairro Cidade UF CEP

DDD Telefone 1 Telefone 2 E-mail DRROBERTOVAGNER@GMAIL.COM

Nome Completo do Representante Legal (obrigatório se proponente menor de idade) CPF do Representante Legal

Filiação NAKIA MIRIAM SOUZA DA LINA Endereço para Correspondência ☒ Residencial ☐ Comercial

Pessoas politicamente expostas: agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos último 5 anos, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, nas esferas federal, estadual ou municipal, assim como seus representantes, familiares de primeiro grau, e outras pessoas de seu relacionamento próximo, conforme definido na IN MPS nº 26/2008 e Circular SUSEP nº 380/2008.

## PLANO DE BENEFÍCIOS

Benefício APOSENTADORIA PROGRAMADA Idade para Entrada em Benefício 65 anos Valor da Contribuição (1) R\$ 300,00

Tributação ☐ Alíquotas Progressivas Rubrica 3150000 Taxa de Administração do plano: 2%. O valor de contribuição será atualizado, anualmente, no mês de junho, pela variação do INPC.

☒ Alíquotas Regressivas

Plano aprovado pelo MPS, processo nº 44.000.002136/09-76 sob o comando nº 336622256 e juntada nº 337088828.  
Inscrição do plano no CNPB nº 2009.0024-74.

## BENEFICIÁRIOS DO PLANO (inexistindo indicação de beneficiários, será observado o art. 792 do Código Civil)

| Nome Completo                        | Data de Nascimento | Parentesco* | Participação |
|--------------------------------------|--------------------|-------------|--------------|
| <u>ROBERTO VAGNER S. DA CARVALHO</u> | <u>13/9/74</u>     | <u>C</u>    | <u>100</u>   |
|                                      |                    |             |              |
|                                      |                    |             |              |

\*A - Avô(ô); C - Cônjuge; F - Filho(a); H - Companheiro(a); I - Irmão(ã); M - Mãe; N - Neto(a); P - Pai; S - Sobrinho(a); T - Tio(a); U - Nenhum

## PARCELA ADICIONAL DE RISCO

| Benefício                                                                                                        | Nº Processo SUSEP            | Valor do Pecúlio                        | Valor da Contribuição |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|
| <u>PECÚLIO POR MORTE</u>                                                                                         | <u>15.414.000077/2005-16</u> | R\$ <u>255.362,61</u>                   | R\$ <u>100,00</u>     |
| <u>PECÚLIO POR INVALIDEZ</u>                                                                                     | <u>15.414.000078/2005-52</u> | R\$ <u>940.649,50</u>                   | R\$ <u>100,00</u>     |
| Pecúlios garantidos pela Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A.<br>CNPJ: 33.608.308/0001-73 Carregamento: 30% |                              | Total da Parcela Adicional de Risco (2) | R\$ <u>200,00</u>     |

O valor da contribuição para o(s) pecúlio(s) será atualizado, anualmente, no mês de julho, pela variação do INPC e em função da nova idade atingida pelo participante.

O registro destes planos na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação para sua comercialização.

## DADOS PARA PAGAMENTO

Dia do Vencimento 25 Total da Contribuição - R\$ (1+2) 500,00 ☐ Débito em Conta ☒ Boleto Bancário

Nome do Correntista (em caso de débito em conta) CPF do Correntista

Nº do Banco Nome do Banco Nº da Agência Nº da Conta Corrente Autorização de débito em conta no verso da 2ª via.



**PARA USO DA MONGERAL AEGON**

Nome do Proponente

SENA REGINA SOUZA DE

CPF

907.396.204-87

Código do Órgão

211050

A partir de

23/08

Convênio Adesão

1059

Ação de Marketing

0439

Alternativa

1

Sucursal

F.06

Diretor Regional

16.0019

Gerente de Sucursal

0300265-8

Gerente Comercial

53000861

Agente

Corretor 1 de Seguros Ltda

Código Susep. 10.200.523-08

Corretor 2

Agente Fidelização

Código Mongeral. 07.22.402-3

**PARA USO DO CORRETOR**

Nome do Corretor

VB. Corretora de Seguros Ltda

VB. Corretora de Seguros Ltda

Código Susep. 10.200.523-08

Código SUSEP

VB. Corretora de Seguros Ltda

Código Susep. 10.200.523-08

Assinatura

VB. Corretora de Seguros Ltda

Código Susep. 10.200.523-08

Código Mongeral. 07.22.402-3

Código Mongeral. 07.22.402-3

Código Mongeral. 07.22.402-3

Código Mongeral. 07.22.402-3

**DECLARAÇÕES DO PROPONENTE**

Declaro ter recebido o exemplar do estatuto da SBOTPrev e do regulamento do plano SBOTPrev, bem como material explicativo sobre o referido plano. Declaro também que tive prévio e expresso conhecimento e estou de acordo com os termos dos regulamentos dos planos de Pecúlio, contratados pela SBOTPrev junto à MONGERAL AEGON, e por mim custeados, que determinam como único beneficiário a SBOTPrev, o que não poderá ser alterado. Entendo que a responsabilidade pelo pagamento das rendas mensais de aposentadoria programada, aposentadoria por invalidez e pensão será da SBOTPrev. Desta maneira, reconheço que a minha assinatura na presente proposta implica na minha automática adesão aos referidos regulamentos, sabendo, desde já, que a aceitação dos planos de risco está sujeita à análise do risco.

Declaro, ainda, que as informações por mim fornecidas são verdadeiras e ciente estou de que quaisquer omissões ou falsidades tornarão nula esta proposta, nos termos do Artigo 766 do Código Civil, podendo vir a responder civil e criminalmente pelas inverdades eventualmente verificadas. Autorizo, desde já, médicos, hospitais, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas a prestar à MONGERAL AEGON informações relacionadas ao meu estado de saúde ou moléstias que eu possa sofrer ou ter sofrido, bem como resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ou sigilo profissional.

Comprometo-me a informar à SBOTPrev a minha condição de pessoa politicamente exposta, mesmo que ocorrida após a assinatura da proposta, durante a vigência do plano, conforme os termos definidos na IN MPS nº 26/2008 e na Circular SUSEP nº 380/2008.

Concordo em receber eletronicamente o Relatório Anual com informações do Plano, o boleto bancário mensal de cobrança, bem como autorizo a utilização do meu endereço eletrônico para envio de demais informações e documentos relacionados com o Plano.

☒ Sim ☐ Não

SSA 20/04/2016  
Local e Data

Assinatura do Proponente ou Representante Legal

**AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO EM CONTA CORRENTE**

Autorizo o banco designado no anverso a debitar na conta corrente, por mim indicada, o valor correspondente às contribuições do plano contratado nesta proposta. Estou ciente de que os débitos em conta corrente serão comandados tendo por base as informações enviadas diretamente pela SBOTPrev ao banco. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para a finalidade, isentando o banco de qualquer responsabilidade caso a conta não comporte o valor do documento a liquidar. Declaro-me ciente de que o banco poderá, mediante aviso, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias do vencimento do encargo ou da próxima parcela, tornar sem efeito a presente autorização, reservando-me adotar o mesmo procedimento, quando do meu interesse. Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, não havendo responsabilidade da SBOTPrev ou do banco informado nesta proposta pela não efetivação dos débitos em função de informações incorretas.

SSA 20/04/2016  
Local e Data

Assinatura do Correntista

**PARA USO DA SBOTPrev**

Conferido em

Visto

De acordo com a solicitação do proponente.

Local e Data

Assinatura do Representante da SBOTPrev

Gestor do plano: SBOTPrev - CNPJ: 11 401 654 / 0001-43

Alameda Lorena, 427 - 14º andar - Jardim Paulista - São Paulo - CEP 01.424-000

faleconosco@sbotprev.org.br www.sbotprev.org.br