

Nº TEOT 10470 Nome do Instituidor Data da Proposta Nº da Proposta 103439531

QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

Nome Completo do Proponente Andre Cavalcante Quental CPF do Proponente 54599350320 Titular ☒ Dependente ☐

Natureza do Doc. Identificação Registro Funcional Número 10470 9213 Órgão Expedidor CRM-CE Data de Expedição

Data de Nascimento 3/10/76 Naturalidade Brejo Santo Nacionalidade Brasileiro Idade 39 Sexo ☒ F ☐ M

Estado Civil ☐ Solteiro ☒ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo Nome do Cônjuge Glauciane Jones Neres Quental

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

Renda Mensal 40.000,00 Endereço Residencial Rua T. Burtino Lucio 340 Bairro São Francisco Cidade Brejo Santo UF CE CEP 63260000

DDD 88 Telefone 1 992450456 Telefone 2 99972 4510 Endereço Comercial UF CEP

DDD Telefone 1 Telefone 2 E-mail andre.quental@hotmail.com

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

Filiação Endereço para Correspondência ☒ Residencial ☐ Comercial

1Pessoas politicamente expostas: agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos 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 Circular SUSEP nº 445/2012.

PLANO DE BENEFÍCIOS

Benefício APOSENTADORIA PROGRAMADA Idade para Entrada em Benefício 65 anos Valor da Contribuição (1) R\$ 200,00

Tributação ☐ Alíquotas Progressivas ☒ Alíquotas Regressivas Rubrica

Taxa de Carregamento do plano: 2%. O valor de contribuição será atualizado, anualmente, no mês de junho, pela variação do INPC.

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
Julia Jones Neres Cavalcante Quental	25/7/2006	F	50%
Victor Jones Neres Cavalcante Quental	13/10/2011	F	25%
Glauciane Jones Neres Cavalcante Quental		C	25%

*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

Benefícios	Nº Processo SUSEP	Valor do Pecúlio	Valor da Contribuição
PECÚLIO POR MORTE (102)	15.414.000077/2005-16	R\$ 240.891,30	R\$ 80,00
PECÚLIO POR INVALIDEZ (103)	15.414.000078/2005-52	R\$ 209.737,83	R\$ 20,00
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\$ 100,00	

O valor da contribuição para o(s) pecúlio(s) será atualizado, anualmente, no mês de junho, 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 15 Total da Contribuição - R\$ (1+2) 300,00 ☒ Débito em Conta ☐ Boleto Bancário

Nome do Correntista (em caso de débito em conta) Andre Cavalcante Quental CPF do Correntista 54599350320

Nº do Banco 237 Nome do Banco Bradesco Nº da Agência 692 Nº da Conta Corrente 2967-0 Autorização de débito em conta no verso da 2ª via.

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 <u>Andre Cavalcante Quental</u>		CPF <u>545993503-20</u>	Código do Órgão <u>211050</u>	A partir de <u>04/2016</u>
Convênio Adesão <u>1961</u>	Ação de Marketing <u>2170</u>	Alternativa <u>01</u>	Sucursal <u>F64</u>	Diretor Regional <u>16057571</u>
Gerente Comercial <u>32000260</u>	Agente <u>27001827</u>	Corretor 1 <u>08002887</u>	Corretor 2	Gerente de Sucursal <u>3002827</u>

PARA USO DO CORRETOR

Nome do Corretor <u>MT Adm. e Cor. de Seg. LTDA.</u>	Código SUSEP <u>1020135718</u>	Assinatura <u>[assinatura]</u>
---	-----------------------------------	-----------------------------------

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>90 kg 1,75 m</u>
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 445/2012

Juazeiro do Norte, 26/02/16
Local e Data

Andre Cavalcante Quental
Assinatura do Proponente ou Representante Legal

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	

PROPOSTA DE INSCRIÇÃO

Suplementar: ☐ Sim ☐ Não

SBOTPrev

Nº TEOT 10470 Nome do Instituidor _____ Data da Proposta _____ Nº da Proposta 103439531

QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

Nome Completo do Proponente Andre Luiz Pereira CPF do Proponente 54574350320 ☒ Titular ☐ Dependente

Natureza do Doc. Identificação RG Número 10470 9213 Órgão Expedidor CRM-CE Data de Expedição _____

Data de Nascimento 3/11/76 Naturalidade Buço do Mato Nacionalidade Brasileira Idade 34 Sexo ☐ F ☒ M

Estado Civil ☐ Solteiro ☒ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo Nome do Cônjuge Elaine Maria Pereira

Ocupação Principal Médico Ortopedista É pessoa politicamente exposta? ☒ Não ☐ Sim Especificar: _____

Renda Mensal 40.000,00 Endereço Residencial Rua T. Martins Luciani 310

Bairro São Francisco Cidade Buço do Mato UF CE CEP 63260000

DDD 98 Telefone 1 44450456 Telefone 2 44424510 Endereço Comercial _____

Bairro _____ Cidade _____ UF _____ CEP _____

DDD _____ Telefone 1 _____ Telefone 2 _____ E-mail andre.pereira@hospitalluciani.com.br

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

Filiação _____ Endereço para Correspondência ☒ Residencial ☐ Comercial

¹Pessoas politicamente expostas: agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos 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 Circular SUSEP nº 445/2012.

PLANO DE BENEFÍCIOS

Benefício APOSENTADORIA PROGRAMADA Idade para Entrada em Benefício 65 anos Valor da Contribuição (1) R\$ 200,00

Tributação ☐ Alíquotas Progressivas ☒ Alíquotas Regressivas Rubrica 00019 Taxa de Carregamento do plano: 2%. O valor de contribuição será atualizado, anualmente, no mês de junho, pela variação do INPC.

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 Andre Luiz Pereira Data de Nascimento 25/11/2009 Parentesco* F Participação 50%

Andre Luiz Pereira 13/11/2011 F 25%

Andre Luiz Pereira 13/11/2011 C 25%

*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

Benefícios PECÚLIO POR MORTE (102) Nº Processo SUSEP 15.414.000077/2005-16 Valor do Pecúlio R\$ 240.841,30 Valor da Contribuição R\$ 20,00

PECÚLIO POR INVALIDEZ (103) 15.414.000078/2005-52 R\$ 209.737,83 R\$ 20,00

Pecúlios garantidos pela Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A. Total da Parcela Adicional de Risco (2) R\$ 100,00

CNPJ: 33.608.308/0001-73 Carregamento: 30%

O valor da contribuição para o(s) pecúlio(s) será atualizado, anualmente, no mês de junho, 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 15 Total da Contribuição - R\$ (1+2) 300,00 ☒ Débito em Conta ☐ Boleto Bancário

Nome do Correntista (em caso de débito em conta) Andre Luiz Pereira CPF do Correntista 54574350320

Nº do Banco 237 Nome do Banco Bradesco Nº da Agência 692 Nº da Conta Corrente 2967-0 Autorização de débito em conta no verso da 2ª via.

88 - Proposta SBOTPrev - 102 e 103 - Abr/2013 1ª via: Mongeral Aegon - 2ª via: SBOTPrev - 3ª via: Participante

Nome do Proponente <u>Andre Cavalcante Quental</u>		CPF <u>545993503-20</u>	Código do Órgão <u>211050</u>	A partir de <u>04/2016</u>
Convênio Adesão <u>1961</u>	Ação de Marketing <u>2170</u>	Alternativa <u>01</u>	Sucursal <u>F64</u>	Diretor Regional <u>16057571</u>
Gerente Comercial <u>32000260</u>	Agente <u>27001827</u>	Corretor 1 <u>08002897</u>	Corretor 2	Gerente de Sucursal <u>3002827</u>
			Agente Fidelização	

PARA USO DO CORRETOR

Nome do Corretor <u>MT Adm. e Cor. de Seg. LTDA.</u>	Código SUSEP <u>1020135716</u>	Assinatura <u>[assinatura]</u>
---	-----------------------------------	-----------------------------------

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 445/2012.

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

Juazeiro do Norte, 26/02/16
Local e Data

Andre Cavalcante Quental
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.

Juazeiro do Norte, 26/02/16
Local e Data

Andre Cavalcante Quental
Assinatura do Correntista

PARA USO DA SBOTPrev

Conferido em	Visto
<u>De acordo com a solicitação do proponente.</u>	

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