

Nº do Instituidor 1	Nome do Instituidor FUNDO DE PENSÃO MULTINSTITUÍDO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - SBOTPREV	Nº da Proposta* 685981
------------------------	---	---------------------------

QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

Nome Completo do Proponente*		CPF do Proponente*		Titular / Dependente*	
Nome do Participante [037]		24146228816		<input checked="" type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente	
Natureza do Doc. Identificação*	Número*	Órgão Expedidor*	Data de Expedição*		
RG	123032252	IFP/RJ	02/05/2000		
Data de Nascimento*	Naturalidade*	Nacionalidade*	Idade	Sexo*	
05/07/1960	Rio de Janeiro	Brasileira	69 anos	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Estado Civil*		Nome do Cônjuge			
<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)		Cônjuge de Souza [037]			
Ocupação Principal	Pessoa Politicamente Exposta (a)*		Especificar		
Médico	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Nome da Pessoa Exposta de Souza [037]		
Renda Mensal*	Endereço Residencial				
R\$ 8410	Rua Gomes Freire 63				
Bairro	UF	Cidade	CEP		
Centro	RJ	Rio de Janeiro	15926-877		
DDD	Telefone 1	Telefone 2	Endereço Comercial		
21	2222-1327	2222-1327	Rua Santa Luzia 163		
Bairro	UF	Cidade	CEP		
Castelo	RJ	Rio de Janeiro	21275-690		
DDD	Telefone 1	Telefone 2	E-mail*		
21	5555-2602	5555-5126	pouprev037@mailinator.com		
Nome Completo do Representante Legal (obrigatório se proponente menor de idade)		CPF do Representante Legal		Endereço para Correspondência*	
Nome do Representante [037]		73881837361		<input checked="" type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial	

FILIAÇÃO

Nome do Pai*	Nome da Mãe*
Pai de Souza [037]	Mãe da Silva de Souza [037]

(a) Pessoas 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 IN MPS nº 26/2008 e Circular SUSEP nº 380/2008

PLANO DE BENEFÍCIOS

Benefício	Idade para Entrada em Benefício*	Valor da Contribuição (1)*
APOSENTADORIA PROGRAMADA	71 anos	R\$ 100
Tributação	Rubrica	Taxa de Administração do plano: 2%. O valor de contribuição será atualizado, anualmente, no mês de junho, pela variação de INPC.
21		

Estou ciente de que deverei manter permanentemente atualizadas as informações ora declaradas, comprometendo-me a prestar nova declaração caso qualquer uma das situações acima apontadas se alterem

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante

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	Data de Nascimento	Parentesco	Participação
Nome Beneficiário1 [037]	05/07/1960	Cônjuge	50
Nome	Data de Nascimento	Parentesco	Participação
Nome Beneficiário2 [037]	07/07/2000	Filho(a)	25
Nome	Data de Nascimento	Parentesco	Participação
Nome Beneficiário3 [037]	08/01/1995	Filho(a)	25

PARCELA ADICIONAL DE RISCO

Benefício	Nº Processo SUSEP	Valor do Pecúlio	Valor da Contribuição
PECÚLIO POR MORTE	15.414.000077/2005-16	R\$ 217000	R\$ 50
Benefício	Nº Processo SUSEP	Valor do Pecúlio	Valor da Contribuição
PECÚLIO POR INVALIDEZ	15.414.000078/2005-52	R\$ 234500	R\$ 50
Pecúlios garantidos pela Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A.			Total da Parcela Adicional de Risco (2)
CNPJ: 33.608.308/0001-73 CARREGAMENTO: 30%			R\$ 100

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*	Total da Contribuição - R\$(1+2)	Forma de Pagamento*	
1	R\$ 200	<input checked="" type="checkbox"/> Débito em Conta <input type="checkbox"/> Boleto Bancário	
Nome do Correntista (em caso de débito em conta)		CPF do Correntista	
Nome do Participante [037]		24146228816	
Nº do Banco	Nome do Banco	Nº da Agência	Nº da Conta Corrente
341	Itaú	201	15458-6

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 apontado será devolvido, atualizado até a data da efetiva restituição, de acordo com a regulamentação em vigor.

PARA USO DA MONGERAL AEGON

Nome do Proponente				CPF	Código do Órgão	A partir de
Convênio Adesão	Ação de Marketing	Alternativa	Sucursal	Diretor Regional	Gerente de Sucursal	
Gerente Comercial	Agente	Corretor 1	Corretor 2	Agente Fidelização	Gerente de Sucursal	

PARA USO DO CORRETOR

Nome do Corretor*	Código SUSEP	Assinatura
Joel A. Lino	200657344	
Nome do Corretor	Código SUSEP	Assinatura

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 exposto 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 de 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 inveracidades 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.

<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Assinado em* 29/01/2016
---	----------------------------

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 de 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.

Autorizado em 29/01/2016

Local e Data

Assinatura do Correntista

PARA USO DA SBOTPrev

Conferido em* 29/01/2016	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