

PROPOSTA DE INSCRIÇÃO  
Suplementar: ☐ Sim ☒ Não



SBOTPrev

Nº TEOT 4881 Nome do Instituidor Antônio A. L. Data da Proposta 26/09/16 Nº da Proposta 103441074

QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

Nome Completo do Proponente Aguinaldo SANTANA de MIRANDA CPF do Proponente 046.232.298-07 ☒ Titular ☐ Dependente  
Natureza do Doc. Identificação R6 Número 11.551.852-6 Órgão Expedidor SSP/SP Data de Expedição 22/07/17  
Data de Nascimento 01/04/1960 Naturalidade SÃO PAULO Nacionalidade Branleia Idade 56 Sexo ☒ F ☐ M  
Estado Civil ☐ Solteiro ☒ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo Nome do Cônjuge ANDREA COELHO GUANCIATE S. MIRANDA  
Ocupação Principal Medico É pessoa politicamente exposta? ☒ Não ☐ Sim Especificar:  
Renda Mensal R\$ 30.000,00 Endereço Residencial R. ANA BEUVINDA de ANDRADE, 118 ap 81  
Bairro SANTANA Cidade SÃO PAULO UF SP CEP 02403.030  
DDD 11 Telefone 1 2979.6769 Telefone 2 2233.2664 Endereço Comercial R. Manuel do Souto, 144  
Bairro SANTANA Cidade SÃO PAULO UF SP CEP 02040.120  
DDD 11 Telefone 1 99992.4895 Telefone 2 E-mail Aguinaldoortopedia@hotmail.com  
Nome Completo do Representante Legal (obrigatório se proponente menor de idade) CPF do Representante Legal

Filiação Aguinaldo Ramos de Miranda / Irãe SANTANA de MIRANDA 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 66 anos Valor da Contribuição (1) R\$ 2.300,00  
Tributação ☐ Aliquotas Progressivas ☒ Aliquotas 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
<u>ANDREA Coelho Guanciate S. MIRANDA</u>	<u>23/03/1971</u>	<u>C</u>	<u>50</u>
<u>FERNANDA Maeto de MIRANDA</u>	<u>12/08/1995</u>	<u>F</u>	<u>25</u>
<u>Mª EDUARDA GUANCIATE de MIRANDA</u>	<u>26/04/2005</u>	<u>F</u>	<u>25</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

Benefícios	Nº Processo SUSEP	Valor do Pecúlio	Valor da Contribuição
<u>PECÚLIO POR MORTE (102)</u>	<u>15.414.000077/2005-16</u>	<u>R\$ 23.303,03</u>	<u>R\$ 100,00</u>
<u>PECÚLIO POR INVALIDEZ (103)</u>	<u>15.414.000078/2005-52</u>	<u>R\$ 1.460.023,17</u>	<u>R\$ 600,00</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)	<u>R\$ 700,00</u>

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 25 Total da Contribuição - R\$ (1+2) 3.000,00 ☒ Débito em Conta ☐ Boleto Bancário  
Nome do Correntista (em caso de débito em conta) Aguinaldo Santana de Miranda CPF do Correntista 046.232.298.07  
Nº do Banco 341 Nome do Banco Itau Nº da Agência 0027 Nº da Conta Corrente 19661-7 Autorização de débito em conta no verso da 2ª via.



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 <b>AQUINILDO SANTANA de MIRANDA</b>		CPF <b>046.232.298-07</b>	Código do Órgão <b>211050</b>	A partir de <b>06/2016</b>
Convênio Adesão <b>1045</b>	Ação de Marketing <b>1875</b>	Alternativa <b>1</b>	Sucursal <b>F57</b>	Diretor Regional <b>16057571</b>
Gerente Comercial <b>32.00026-6</b>	Agente <b>22.00089-4</b>	Corretor 1 <b>8002897</b>	Corretor 2 <b>-</b>	Gerente de Sucursal <b>3002831</b>

**PARA USO DO CORRETOR**

Nome do Corretor <b>Olivia Silva Ramos</b>	Código SUSEP <b>-</b>	Assinatura <b>Olivia F. Ramos</b>
---	--------------------------	--------------------------------------

**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.	<b>não</b>
2. Sofre ou já sofreu de doenças do coração, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, problemas circulatórios ou cardiovasculares? Informar qual.	<b>não</b>
3. Sofre de doenças do sangue ou de diabetes? Informar qual.	<b>não</b>
4. Sofre de deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Informar qual.	<b>não</b>
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.	<b>não</b>
6. Sofre ou já sofreu de doenças do pulmão, enfisema, doenças do fígado, doenças do aparelho digestivo ou doenças renais? Informar qual.	<b>não</b>
7. Sofre ou já sofreu de tumores ou câncer ou já foi submetido a tratamento com radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos auxiliares? Especificar.	<b>não</b>
8. É portador(a) do vírus HIV?	<b>não</b>
9. Encontra-se afastado de atividade de trabalho por motivo de doença ou aposentadoria por invalidez?	<b>não</b>
10. É fumante? Qual a quantidade média de cigarros por dia?	<b>não</b>
11. Indique seu peso e altura.	<b>82 kg 180 m</b>
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.	<b>não</b>

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

**São Paulo 19-04-16**  
Local e Data  
**Assinatura do Proponente ou Representante Legal**

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