

Nº do Instituidor \_\_\_\_\_ Nome do Instituidor \_\_\_\_\_ Data da Proposta 15/4/10 Nº da Proposta 101608484

## QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

Nome Completo do Proponente ROBERTO JAGNER SOUZA DE CARVALHO CPF do Proponente 466.366.763-53 ☒ Titular ☐ Dependente  
 Natureza do Doc. Identificação RG Número 213206691 Órgão Expedidor SSP-CE Data de Expedição 08/08/01  
 Data de Nascimento 13/05/74 Naturalidade CEARA Nacionalidade BRASILEIRO Idade 41 Sexo ☐ F ☒ M  
 Estado Civil ☐ Solteiro ☒ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo Nome do Cônjuge SELMA REGINA SOUZA DE CARVALHO  
 Ocupação Principal MEDICO É pessoa politicamente exposta? ☒ Não ☐ Sim Especificar: \_\_\_\_\_

Renda Mensal 50.000,00 Endereço Residencial AV. JOSE MORAES DE ALMEIDA 1100 CASA 19  
 Bairro COAGU Cidade EUSEBIO UF CE CEP 61760.000

DDD 85 Telefone 1 996615180 Telefone 2 30388401 Endereço Comercial \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

DDD \_\_\_\_\_ Telefone 1 \_\_\_\_\_ Telefone 2 \_\_\_\_\_ E-mail DRROBERTOJAGNER@GMAIL.COM

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

Filiação MARIA VALTEIZA DE SOUZA MATIAS Endereço para Correspondência JOSE AGAMELON MIBEIRO DE CARVALHO ☒ 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\$ 700,00

Tributação ☐ Aliquotas Progressivas ☒ Aliquotas Regressivas Rubrica [assinatura] Taxa de Administração 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>SELMA REGINA SOUZA DE CARVALHO</u>	<u>12/12/74</u>	<u>C</u>	<u>80%</u>
<u>MARIA VALTEIZA DE SOUZA MATIAS</u>	<u>13/05/40</u>	<u>M</u>	<u>20%</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>383.043,92</u>	R\$ <u>150,00</u>
<u>PECÚLIO POR INVALIDEZ</u>	<u>15.414.000078/2005-52</u>	R\$ <u>1.410.974,24</u>	R\$ <u>150,00</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>300,00</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) 1.000,00 ☐ 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.



Espaço para relógio protocolo

MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA  
Data: 20/04/16

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>ROBERTO VAGNER SOUZA DE</b>		CPF <b>466.366.763-53</b>	Código do Órgão <b>211050</b>	A partir de <b>2016</b>
Convênio Adesão <b>1049</b>	Ação de Marketing <b>0479</b>	Alternativa <b>1</b>	Sucursal <b>F.06</b>	Diretor Regional <b>16.00019.7</b>
Gerente Comercial <b>5300861</b>	Agente	Corretor 1 <b>10.200.523.08</b>	Corretor 2	Gerente de Sucursal <b>0300265-8</b>

**PARA USO DO CORRETOR**

Nome do Corretor <b>V.L. Corretora de Seguros Ltda</b>	V.L. Corretora de Seguros Ltda	Código SUSEP <b>V.L. Corretora de Seguros Ltda</b>	Assinatura <b>V.L. Corretora de Seguros Ltda</b>
Código Susep <b>10.200.523.08</b>	Código Susep <b>10.200.523.08</b>	Código Susep <b>10.200.523.08</b>	Código Susep <b>10.200.523.08</b>
Código Mongeral <b>07.22.402-3</b>	Código Mongeral <b>07.22.402-3</b>	Código Mongeral <b>07.22.402-3</b>	Código Mongeral <b>07.22.402-3</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>SIM</b> <b>ATACAND</b>
2. Sofre ou já sofreu de doenças do coração, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, problemas circulatórios ou cardiovasculares? Informar qual.	<b>HIPOERTENSÃO ARTERIAL</b> <b>CONTROLADA</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>84 kg 167 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 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 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 15/04/2016**

Local e Data

**Roberto Wagner Souza de Carvalho**  
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



Data: 2004.16

Hora: 10:57A

7601 11308

PROPOSTA DE INSCRIÇÃO - Suplementar: ☐ Sim ☐ Não

SBOTPrev

Nº do Instituidor	Nome do Instituidor	Data da Proposta	Nº da Proposta
		15/4/16	101608484

## QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

Nome Completo do Proponente		CPF do Proponente		<input type="checkbox"/> Titular
ROBERTO ARAUJO DE CARVALHO		466.366.763-93		<input type="checkbox"/> Dependente
Natureza do Doc. Identificação	Número	Órgão Expedidor	Data de Expedição	
RG	243206591	SSP-CE	08/08/10	
Data de Nascimento	Naturalidade	Nacionalidade	Idade	Sexo
13/05/74	CEAMA	BRASILEIRO	41	<input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M
Estado Civil		Nome do Cônjuge		
<input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo		SEANA REGINA SOUZA DE CARVALHO		
Ocupação Principal		É pessoa politicamente exposta?		
Médico		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Especificar:		
Renda Mensal	Endereço Residencial			
50.000,00	AL JOSE HORTES DE ALMEIDA 1100 CASA 12			
Bairro	Cidade	UF	CEP	
COACM	EURELIO	CE	61760-000	
DDD	Telefone 1	Telefone 2	Endereço Comercial	
85	996615180	30388401		
Bairro	Cidade	UF	CEP	
DDD	Telefone 1	Telefone 2	E-mail	
			DRROBERTOARA@GMAIL.COM	
Nome Completo do Representante Legal (obrigatório se proponente menor de idade)			CPF do Representante Legal	
Filiação	Endereço para Correspondência		<input checked="" type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial	
MARIA VALTEIRA DE SOUZA MARIAS				

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	65 anos	R\$ 700,00
Tributação	Rubrica	Taxa de Administração do plano: 2%. O valor de contribuição será atualizado, anualmente, no mês de junho, pela variação do INPC.
<input type="checkbox"/> Alíquotas Progressivas		
<input checked="" type="checkbox"/> 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
SEANA REGINA SOUZA DE CARVALHO	12/12/74	C	60
MARIA VALTEIRA DE SOUZA MARIAS	13/05/49	M	20

\*A - Avô(s); 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
PECÚLIO POR MORTE	15.414.000077/2005-16	R\$ 383.093,91	R\$ 150,00
PECÚLIO POR INVALIDEZ	15.414.000078/2005-52	R\$ 1.410.974,24	R\$ 150,00
Pecúlios garantidos pela Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A.		Total da Parcela Adicional de Risco (2)	R\$ 300,00
CNPJ: 33.608.308/0001-73 Carregamento: 30%			

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

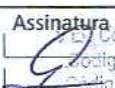
Dia do Vencimento	Total da Contribuição - R\$ (1 + 2)	<input type="checkbox"/> Débito em Conta <input checked="" type="checkbox"/> Boleto Bancário
25	1.000,00	
Nome do Correntista (em caso de débito em conta)		CPF do Correntista
Nº do Banco	Nome do Banco	Nº da Agência
Nº da Conta Corrente	Autorização de débito em conta no verso da 2ª via.	



**PARA USO DA MONGERAL AEGON**

Nome do Proponente <b>ROBERTO VAGNER SOUZA DE CARVALHO</b>		CPF <b>466.366.763-53</b>	Código do Órgão <b>811030</b>	A partir de <b>2015</b>
Convênio Adesão <b>4049</b>	Ação de Marketing <b>0479</b>	Alternativa <b>1</b>	Sucursal <b>F-06</b>	Diretor Regional <b>16.0019</b>
Gerente Comercial <b>53 000861</b>	Agente <b>0300265-8</b>	Corretor 1 de Seguros Ltda <b>10.200.523-00</b>	Corretor 2	Agente Fidelização

**PARA USO DO CORRETOR**

Nome do Corretor <b>VB. Corretora de Seguros Ltda</b>	Código SUSEP <b>10.200.523-00</b>	Código Mongeral <b>07.22.402-3</b>	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 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 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.

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 15/04/2016  
Local e Data

Roberto Vagner Souza de Carvalho  
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 15/04/2016  
Local e Data

Roberto Vagner Souza de Carvalho  
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