

PROPOSTA DE INSCRIÇÃO

Suplementar: ☐ Sim ☒ Não

SBOTPrev

Nº TEOT

7697

Nome do Instituidor

Data da Proposta

Nº da Proposta

103439516

QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

Nome Completo do Proponente: Sidney Sauto Pinto CPF do Proponente: 48708747334 ☒ Titular ☐ Dependente

Natureza do Doc. Identificação: registro funcional Número: 6679 Órgão Expedidor: CE Data de Expedição: 31/7/2009

Data de Nascimento: 10/6/71 Naturalidade: Independência Nacionalidade: Brasileiro Idade: 44 Sexo: ☐ F ☒ M

Estado Civil: ☐ Solteiro ☒ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo Nome do Cônjuge: Vando Almeida Pinto

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

Renda Mensal: 9.000 Endereço Residencial: Rua Coronel Guilhermino 514

Bairro: centro Cidade: Ipueiras UF: CE CEP: 62230000

DDD: 88 Telefone 1: 996970404 Telefone 2: 36851059 Endereço Comercial: Rua Coronel Guilhermino 641

Bairro: centro Cidade: Ipueiras UF: CE CEP: 62230000

DDD: _____ Telefone 1: _____ Telefone 2: _____ E-mail: sid.pinto@gmail.com

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

Filiação: Raimundo Chaves Pinto / Zilene de Jesus P. Sauto 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: 60 anos Valor da Contribuição (1): R\$ 300,00

Tributação: ☒ Aliquotas Progressivas ☐ Aliquotas Regressivas Rubrica: Fun 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: Vando Almeida Pinto Data de Nascimento: 29/3/1973 Parentesco*: C Participação: 100%

*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\$ 300.721,73	R\$ 150,00
PECÚLIO POR INVALIDEZ (103)	15.414.000078/2005-52	R\$ 386.029,41	R\$ 50,00
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\$ 200,00

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: 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.

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 Sidney Souto Junt			CPF 48708347334	Código do Órgão 211050	A partir de 06/2016
Convênio Adesão 1961	Ação de Marketing 2170	Alternativa 01	Sucursal F64	Diretor Regional 16057571	Gerente de Sucursal 3002827
Gerente Comercial 32000260	Agente 32000289	Corretor 1 08002897	Corretor 2		

PARA USO DO CORRETOR

Nome do Corretor	Código SUSEP 1020135718	Assinatura 489
------------------	-----------------------------------	--------------------------

MT Aem. e Cor. de Seg. LTDA

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.	NÃO
2. Sofre ou já sofreu de doenças do coração, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, problemas circulatórios ou cardiovasculares? Informar qual.	NÃO
3. Sofre de doenças do sangue ou de diabetes? Informar qual.	NÃO
4. Sofre de deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Informar qual.	NÃO
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.	NÃO
6. Sofre ou já sofreu de doenças do pulmão, enfisema, doenças do fígado, doenças do aparelho digestivo ou doenças renais? Informar qual.	NÃO
7. Sofre ou já sofreu de tumores ou câncer ou já foi submetido a tratamento com radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos auxiliares? Especificar.	NÃO
8. É portador(a) do vírus HIV?	NÃO
9. Encontra-se afastado de atividade de trabalho por motivo de doença ou aposentadoria por invalidez?	NÃO
10. É fumante? Qual a quantidade média de cigarros por dia?	NÃO
11. Indique seu peso e altura.	86 kg 1,73 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.	NÃO

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

13 de Abril de 2016, Juazeiro

Local e Data

Sidney Souto Junt
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

Nome do Instituidor

Data da Proposta

Nº da Proposta

103439516

QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

Nome Completo do Proponente

CPF do Proponente

☒ Titular
☐ Dependente

Natureza do Doc. Identificação

Número

Órgão Expedidor

Data de Expedição

Data de Nascimento

Naturalidade

Nacionalidade

Idade

Sexo

Estado Civil

☐ Solteiro ☒ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo

Nome do Cônjuge

Ocupação Principal

É pessoa politicamente exposta?

☒ Não ☐ Sim Especificar:

Renda Mensal

Endereço Residencial

Bairro

Cidade

UF

CEP

DDD

Telefone 1

Telefone 2

Endereço Comercial

Bairro

Cidade

UF

CEP

DDD

Telefone 1

Telefone 2

E-mail

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

CPF do Representante Legal

Filiação

Endereço para Correspondência

☐ Residencial ☒ Comercial

*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 Circular SUSEP nº 445/2012.

PLANO DE BENEFÍCIOS

Benefício APOSENTADORIA PROGRAMADA

Idade para Entrada em Benefício

Valor da Contribuição (1)

Tributação

Rubrica

☒ Aliquotas Progressivas☐ Aliquotas Regressivas

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

*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\$ 300.421,78

R\$ 150,00

PECÚLIO POR INVALIDEZ (103)

15.414.000078/2005-52

R\$ 386.029,41

R\$ 50,00

Pecúlios garantidos pela Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A.

Total da Parcela

R\$ 200,00

CNPJ: 33.608.308/0001-73

Carregamento: 30%

Adicional de Risco (2)

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

Total da Contribuição - R\$ (1 + 2)

☐ 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

Mongeral S/A Suc Osara 20/Abr/2016 09:21

Nome do Proponente Sidney Santo Pinto	CPE 48708747334	Código do Órgão 211050	A partir de 06/2016
Convênio Adesão 1961	Ação de Marketing 2170	Alternativa 01	Sucursal F64
Gerente Comercial 30000260	Agente 28000289	Corretor 1 08002897	Corretor 2
			Diretor Regional 16057571
			Gerente de Sucursal 3002827
			Agente Fidelização

PARA USO DO CORRETOR

Nome do Corretor MT Adm. e Cor. de Seg. LTDA.	Código SUSEP 1020135718	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 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

13 de Maio de 2016, Ipueiras
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.

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