

**REQUERIMENTO REEMBOLSÁVEL APOIO FLEX - RB7**

P  
R  
E  
N  
C  
H  
E  
R  
  
T  
O  
D  
O  
S  
O  
S  
C  
A  
M  
P  
O  
S  
D  
O  
F  
O  
R  
M  
U  
L  
Á  
R  
I  
O

**Informações do associado (a)**

Nome completo			Sexo	
_____			1. Masculino / 2.Feminino	
CIC / CPF	Cart. de identidade	Órgão emissor	Data de nascimento	
_____	_____	_____	_ _ / _ _ / _ _	
Nº Reg. Regional	UF	Profissão	Estado civil	
_____	_	_____		
Nº Reg. Nacional			1.Casado / 2.Divorciado / 3.Outros / 4.Desquitado	
_____			5.Solteiro / 6.Viúvo / 7.Separado Judicialmente	
			8.Companheiro / 9.Não Informado	

**Informações do cônjuge/companheira (o)**

Nome completo			
_____			
CIC / CPF	Cart. de Identidade	Órgão Emissor	Data de Nascimento
_____	_____	_____	_ _  _ _

**Informações do dependente (preencher somente se for utilizar o benefício)**

Nome Completo			Sexo	
_____			_ _  1 - Masculino / 2 - Feminino	
CIC / CPF	Cart. de identidade	Órgão emissor	Data de nascimento	
_____	_____	_____	_ _  _ _	
Nº Reg. Regional	UF	Profissão	Estado civil	
_____	_	_____	_ _	
			1.Casado / 2.Divorciado / 3.Outros / 4.Desquitado	
			5.Solteiro / 6.Viúvo / 7.Separado Judicialmente	
			8.Companheiro	

**Informações residenciais do associado (a)**

Endereço		Bairro	
_____		_____	
Cidade	UF	CEP	
_____	_	_ _ _ _ _	
Telefone I	Telefone II	Celular	E-mail
_____	_____	_____	_____

**Informações sobre a renda**

Situação			
1.Empregado estatutário / 2.Empregado celetista / 3.Aposentado / 4.Proprietário de empresa / 5.Profissional autônomo / 6.Não empregado			
Nome da empresa / Órgão		Tempo de empresa / Órgão	
_____		_ _ _ _  anos  _ _ _ _  meses	
Endereço da empresa / Órgão		Bairro	
_____		_____	
Cidade	UF	CEP	Telefone
_____	_	_ _ _ _	_ _ _ _ _
Renda Bruta Mensal	Renda Líquida Mensal	Outra(s) renda(s)	Origem da última renda
_____	_____	R\$ _____	_____
Possui bens? Especificar			
_____			

**Os Bens Relacionados deverão ser comprovados mediante Declaração do Imposto de Renda ou Documento Similar.**

P  
R  
E  
E  
N  
C  
H  
E  
R  
T  
O  
D  
O  
S  
O  
S  
C  
A  
M  
P  
O  
S  
D  
O  
F  
O  
R  
M  
U  
L  
Á  
R  
I  
O

**REQUERIMENTO REEMBOLSÁVEL APOIO FLEX - RB7 N.º \_\_\_\_\_**

**Informações para depósito (conta bancária pessoa física e exclusiva do associado)**

Valor Requerido	N.º de Parcelas	Vencimento Reembolso	
R\$   _____	_____   meses	_____	(10,20 ou 30)
Banco	Agência	Conta	Tipo de conta
_____	_____	_____	_____   1.CC / 2.Poupança

**Declaro que estou solicitando o benefício Apoio Flex para o(s) devido(s) fins:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estou ciente e de acordo, que a Mútua poderá proceder a \_\_\_\_\_ averiguações, quando julgar necessário, solicitando documentos complementares e que o valor de concessão do benefício observará os \_\_\_\_\_ termos e critérios de renda definidos para a carteira bem como a classificação de risco de crédito - rating e decisões de Diretoria.

**Local** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Assinatura** \_\_\_\_\_