



P

## REQUERIMENTO REEMBOLSÁVEL RB20 – APORTE PREV

R **Informações do associado (a)**

E Nome completo \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
| \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | 1 – Masculino / 2 – Feminino

E CIC / CPF \_\_\_\_\_ Cart. de identidade \_\_\_\_\_ Órgão emissor \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_  
| \_\_\_\_\_ | - | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |

N Cart. do Crea \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_ Estado civil 1 - Solteiro / 2 - Casado / 3 – Companheiro / 4 - Viúvo

C Nº Reg. Nacional | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | 5 - Divorciado / 6 - Desquitado / 7 - Separado Judicialmente °

H Nº Reg. Regional | \_\_\_\_\_ | UF | \_\_\_\_\_ |

H **Informações do Cônjuge/Companheira (o)**

E Nome \_\_\_\_\_  
| \_\_\_\_\_ |

R CIC / CPF \_\_\_\_\_ Cart. de identidade \_\_\_\_\_ Órgão emissor \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_  
| \_\_\_\_\_ | - | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |

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

O Nome \_\_\_\_\_  
| \_\_\_\_\_ |

D CIC / CPF \_\_\_\_\_ Cart. de identidade \_\_\_\_\_ Órgão emissor \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_  
| \_\_\_\_\_ | - | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |

O Parentesco \_\_\_\_\_ Dependente econômico? 1- Sim 2 - Não Estado civil 1 - Solteiro / 2 - Casado / 3 – Companheiro / 4 - Viúvo

O | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | 5 - Divorciado / 6 - Desquitado / 7 - Separado Judicialmente

S **Endereço residencial**

O Endereço completo \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_  
| \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |

S Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
| \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |

S DDD \_\_\_\_\_ Telefone I \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_ Telefone II \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
| \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |

A **Origem da Renda**

M Situação \_\_\_\_\_  
| \_\_\_\_\_ | 1 - Empregado celetista / 2 - Empregado estatutário / 3 - Proprietário de empresa / 4 – Profissional autônomo / 5 - Aposentado

P Nome da empresa/Órgão \_\_\_\_\_ Tempo de empresa/Órgão \_\_\_\_\_  
| \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | anos | \_\_\_\_\_ | meses

O Endereço da empresa/Órgão \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_  
| \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |

S Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
| \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |

Renda mensal - R\$ \_\_\_\_\_ Outra(s) renda(s) - R\$ \_\_\_\_\_ Origem desta última \_\_\_\_\_  
| \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |

Possui bens? \_\_\_\_\_ especificar \_\_\_\_\_

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



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

**R** O recurso será utilizado para ( ) aporte ( ) novo plano

**E** Valor requerido N.º de parcelamento Carência (até 6 meses) Data de vencimento (dias 10, 20 ou 30)

|\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| Meses |\_\_\_\_\_|

**E** N.º da conta bancária do requerente N.º Agência Banco / nº Tipo de conta

**N** |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| 1 – CC / 2 – Poupança

**C** *Declaro, para os devidos fins, a veracidade das informações acima e que o recurso concedido em*  
**H** *meu nome será utilizado integralmente para aporte financeiro em plano de previdência complementar*  
**E** *instituído ou administrado pela Mútua, seja para iniciar. Estou ciente e de acordo, que a Mútua*  
**R** *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 com a classificação de risco de crédito - rating.*

**T** Local \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**O** Assinatura \_\_\_\_\_

**D**

**O**

**S**

**O**

**S**

**C**

**A**

**M**

**P**

**O**

**S**