

CONTRIBUIÇÃO EXTRAORDINÁRIA

| | | | | |
|--|---------|--|-----------------|--|
| 1. CNPB: 2004.0021-74 | | 2. Instituidor: MÚTUA – Caixa de Assistência dos Profissionais do CREA | | |
| 3. Nome Completo do Participante: (Sem abreviações) | | | | |
| 4. Data de Nascimento: | 5. CPF: | 6. Sexo: () M - Masculino F - Feminino | 7. Identidade: | 8. Órgão Expedidor UF: 9. Data de expedição: |
| 10. Estado Civil: | | 11. Nacionalidade: | | 12. Nacionalidade |
| 13. Endereço completo (logradouro, complemento): | | | | |
| 14. Bairro | | 15. Cidade: | | 16. CEP: 17. UF: |
| 18. Telefone(s) para contato: (DDD) - Residencial | | (DDD) – Comercial | (DDD) – Celular | (DDD) – Outros |
| 19. E-mail: | | | | |
| 20. Valor dos rendimentos mensais em R\$: | | 21. Valor do patrimônio bruto em R\$: | | 22. Ocupação Profissional: |

23. Informações acerca da contribuição extraordinária:

Obs: A Contribuição extraordinária não poderá ser inferior ao valor da contribuição mensal e nos casos dos participantes que optaram pelo Benefício Proporcional Diferido não poderá ser inferior a 21% (vinte e um por cento) do salário mínimo vigente, conforme previsto no regulamento do plano.

Valor e data da contribuição:

| | |
|----------------------|-------------------|
| Valor (R\$) | Valor por extenso |
| | |
| Data da Contribuição | |
| | |

Depósito maior ou igual a R\$ 10.000,00 (dez mil reais) anexar comprovante da origem do recurso.

| | |
|---------------------|--|
| Tipo de comprovante | Quantidade de folhas anexada(s) para comprovação |
| | |

24. Forma de recolhimento da contribuição extraordinária:

- Autorizo a emissão de boleto bancário em meu nome, com remessa para o **endereço residencial** especificado nos campos 13 a 17.
- Autorizo o desconto direto na minha conta corrente abaixo designada (apenas para **Banco do Brasil**).

| | | |
|---------------------------------|-------------|--------------------|
| Banco: Banco do Brasil (001) | Agência nº: | Conta corrente nº: |
|---------------------------------|-------------|--------------------|

25. Declaração:

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas neste formulário e nos documentos anexados e autorizo a cobrança da contribuição extraordinária no valor e data informados, ciente do contido no regulamento do Plano de Benefícios **TECNOPREV**.

Assumo todas as responsabilidades sobre as operações que deram origem à contribuição voluntária efetuado para o Plano de Benefícios.

Local e Data: _____, ____/____/____

 _____
Participante

26. Validação de dados pelo Instituidor: (USO EXCLUSIVO DO INSTITUIDOR)

| | | |
|---|--------------------|----------------------|
| Nº de Registro do participante no instituidor | Data da validação: | Carimbo e Assinatura |
| | | |