

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

## REQUERIMENTO REEMBOLSÁVEL ASSISTENCIAL EXPRESS - AS1

### 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		1.Casado / 2.Divorciado / 3.Outros / 4.Desquitado	
_____	_	_____			5.Solteiro / 6.Viúvo / 7.Separado Judicialmente	
Nº Reg. Nacional				8.Companheiro / 9.Não Informado		
_____						

### Informações do cônjuge/companheira (o)

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

### 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 ASSISTENCIAL EXPRESS - AS1 N.º \_\_\_\_\_**

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

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

**Declaro que estou solicitando o benefício Assistencial Express para o(s) devido(s) fins:**

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

**Declaro, para os devidos fins, a veracidade das informações acima e que o recurso concedido será utilizado integralmente para custeio de despesas ocasionadas por situações de vulnerabilidade social e/ou financeira, as quais notadamente afetam as condições de subsistência, conforme critérios dispostos nos regulamentos de benefícios.**

**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.**

**Comprovante da modalidade: Estou ciente que tenho que apresentar os comprovantes da modalidade do benefício de acordo com os normativos que regem a concessão de benefícios reembolsáveis.**

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