

REQUERIMENTO REEMBOLSÁVEL EQUIPA BEM - RB5

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 _____
 | | | | |
 N° Reg. Regional _____ UF _____ Profissão _____ Estado civil _____ 1.Casado / 2.Divorciado / 3.Outros / 4.Desquitado
 | | | | | 5.Solteiro / 6.Viúvo / 7.Separado Judicialmente
 | | | | | 8.Companheiro / 9.Não Informado
 N° Reg. Nacional _____
 | | | | |

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 _____
 | | | | | | | | | |
 N° 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 EQUIPA BEM - RB5 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 Equipa Bem para o(s) devido(s) fins:

Declaro, para os devidos fins, a veracidade das informações acima e que o recurso concedido em meu nome será utilizado integralmente para aquisição de equipamentos, móveis, hardwares, softwares, utilizados para o desempenho de minhas atividades profissionais, de acordo com a documentação apresentada. 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 _____