

REQUERIMENTO REEMBOLSÁVEL FAMÍLIA MAIOR - RB9

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 | 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 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 FAMÍLIA MAIOR - RB9 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 Família Maior 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 exclusivamente para custear despesas provenientes da gestação, adoção, matrimônio e núpcias, 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 _____