



REQUERIMENTO REEMBOLSÁVEL RB6 – FÉRIAS MAIS

Informações do associado (a)

P Nome completo _____ Sexo _____

R _____ | _____ | 1 – Masculino / 2 – Feminino

E CIC / CPF _____ Cart. de identidade _____ Órgão emissor _____ Data de nascimento _____

E _____ | - | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

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

N Nº Reg. Nacional | _____ | _____ | _____ | 5 - Divorciado / 6 - Desquitado / 7 - Separado Judicialmente ^o

C Nº Reg. Regional | _____ | UF | _____ |

Informações do Cônjuge/Companheira (o)

H Nome _____

E _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

R CIC / CPF _____ Cart. de identidade _____ Órgão emissor _____ Data de nascimento _____

_____ | - | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

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

T Nome _____

O _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

D CIC / CPF _____ Cart. de identidade _____ Órgão emissor _____ Data de nascimento _____

O _____ | - | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

D 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

Endereço residencial

S Endereço completo _____ Bairro _____

O _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

S Cidade _____ UF _____ CEP _____

_____ | - | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

S DDD _____ Telefone I _____ DDD _____ Telefone II _____ E-mail _____

_____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

Origem da Renda

A Situação _____

_____ | 1 - Empregado celetista / 2 - Empregado estatutário / 3 - Proprietário de empresa / 4 – Profissional autônomo / 5 - Aposentado

M Nome da empresa/Órgão _____ Tempo de empresa/Órgão _____

_____ | _____ | anos _____ | _____ | meses _____

P Endereço da empresa/Órgão _____ Bairro _____

O _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

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 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 _____
E | _____ | | _____ | | _____ | | _____ | 1 – CC / 2 - Poupança

N
C *Declaro, para os devidos fins, a veracidade das informações acima e que o recurso concedido em meu nome será utilizado integralmente para custear férias, 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 com a classificação de risco de crédito - rating.*

R
Local _____ data ____/____/____

T
Assinatura _____

O

D

O

S

O

S

C

A

M

P

O

S