



MUTUA

CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DO CREA

REV.00

REQUERIMENTO BENEFÍCIO SOCIAL – AUXÍLIO PECUNIÁRIO COVID-19

Nome completo

Sexo

_____ | _____ | 1 – Masculino / 2 - Feminino

CIC / CPF

Cart. de identidade

Órgão emissor

Data de nascimento

P _____ | - _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

N.º da cart. do Crea

Profissão

Estado civil

1 - Solteiro / 2 - Casado / 3 – Companheiro / 4 - Viúvo

R _____ | _____ | _____ | _____ | 5 - Divorciado / 6 - Desquitado / 7 - Separado Judicialmente

E

Informações do Cônjuge/Companheira (o)

Nome

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

CIC / CPF

Cart. de identidade

Órgão emissor

Data de nascimento

C _____ | - _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Endereço residencial

Endereço completo

Bairro

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

Cidade

UF

CEP

R _____ | - _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

DDD Telefone I

DDD Telefone II

E-mail

T _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Informações do benefício e depósito (conta bancária pessoa física e exclusiva do requerente)

N.º da conta bancária do requerente

N.º agência

Banco

Tipo de conta

O _____ | _____ | _____ | _____ | 1 – CC / 2 – Poupança

D

O *Declaro, para os devidos fins, a veracidade das informações acima e que o recurso concedido em meu nome será utilizado exclusivamente para auxílio no custeio de despesas, considerando a carência de recursos por mim relatada, e de acordo com os documentos anexos que comprovam a necessidade de recursos à minha sobrevivência.*

S

Estou ciente e de acordo, que a Mútua poderá proceder a averiguações, quando julgar necessário, solicitando documentos complementares não relacionados acima.

Nestes termos, peço deferimento.

O Local _____ data _____ / _____ / _____

S

S Assinatura _____

S

C

A

M

P

O

S