



ABEFINPREV – PLANO DE BENEFÍCIOS ABEFIN



AUTOPATROCÍNIO

Nome	RG	Data de Nascimento

Matrícula	CPF	Estado Civil

Telefone	E-mail

Opção de Pagamento

☐ Conta-Corrente (Exclusivamente Banco Santander)	Agência	Número Conta	Dígito
☐ Boleto Bancário	Assinalar a Opção de Envio ☐ E-Mail ☐ Whatsapp ☐ Residência		

Valor da Contribuição

R\$

Conforme o disposto no Art. 49 do Regulamento do Plano de Benefícios Abefinprev, administrado pela MUTUOPREV – Entidade de Previdência Complementar, solicito a opção pelo Autopatrocínio, assumindo a condição de Participante.

Local e Data

_____, ____ de ____ de 20 ____	Assinatura
--------------------------------	------------

Preencha o formulário, imprima, assine e encaminhe para a MUTUOPREV