



Estado de Goiás

Versão 8

AUTORIZAÇÃO PARA ALTERAÇÃO DA CONTA BANCÁRIA DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Autorização do Beneficiário:

Eu,

Carteira de identidade (RG) CPF.....

Telefone residencial: Telefone celular:

Banco Agência Conta

Autorizo a Gerência da Folha de Pagamento de Inativos e Pensionistas da GOIASPREV, a proceder alteração da minha conta bancária para recebimento do meu benefício.

Dados do Instituidor:

- Nome:

- CPF:

Cópias dos documentos necessários do beneficiário:

- Extrato bancário ou cartão da conta;
- Carteira de identidade (RG) e CPF;
- Contra cheque do Servidor.

Observações:

Obs.: Caso o pensionista tenha um representante Legal, deverá apresentar o documento original ou autenticado.

Goiânia, _____ / _____ / _____

(Assinatura do pensionista ou representante legal)