



ESTADO DE GOIÁS  
SECRETARIA DA FAZENDA

Versão: 03

**AUTORIZAÇÃO PARA ALTERAÇÃO DA CONTA BANCÁRIA  
DO SEGURADO INATIVO E PENSIONISTA**

**Autorização:**

Eu, \_\_\_\_\_  
Carteira de Identidade (RG) nº \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_  
Matrícula Funcional nº. \_\_\_\_\_  
Telefone residencial: \_\_\_\_\_ Telefone comercial: \_\_\_\_\_  
Aposentado ( ) Pensionista ( ) Pensão Alimentícia ( )  
Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ C/C: \_\_\_\_\_  
autorizo a folha de Pagamento da SEFAZ, a proceder alteração da minha conta bancária para recebimento do meu benefício previdenciário, conforme os dados acima:

**Cópia dos Documentos do Titular (no caso de Pensão Alimentícia):**

- Carteira de Identidade do Titular (RG);
- CPF do Titular ;

**Cópia dos Documentos do Requerente:**

- Carteira de Identidade do Requerente (RG);
- CPF do Requerente;
- Cabeçalho do Extrato da Conta; e
- Comprovante de endereço (Caso seja Banco do Brasil);

Goiânia , \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente