|  |  |
| --- | --- |
| **Divisão de Benefícios** | Matrícula      |

**Dados Cadastrais**

|  |
| --- |
| Nome      |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CPF      |  | RG      |  | Órgão Emissor       |  | UF   |  | Data da Emissão       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Endereço (Rua / Av / Nº)      |  | Bairro      |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cidade      |  | Estado   |  | CEP      |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Telefone (DDD / Número)      |  | e-mail      |

|  |
| --- |
| Nome do Pai      |

|  |
| --- |
| Nome da Mãe      |

|  |
| --- |
| **Dados Bancários** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Banco: | **[ ]**  | Santander | Agência nº |       |  Conta Corrente nº |       |

|  |
| --- |
| Nome da Agência      |

|  |
| --- |
| Endereço da Agência      |

**OBS.: É NECESSÁRIO ANEXAR O COMPROVANTE EMITIDO PELO BANCO CONSTANDO OS DADOS DA CONTA CORRENTE.**

**ASSUMO**, sob as penas da lei, inteira responsabilidade pela veracidade das informações acima prestadas e , por este ato, autorizo, em caráter irrevogável e irretratável, o banco acima mencionado, a acatar as ordens de estorno de valores que ingressarem indevidamente na conta retro indicada, de minha titularidade, originária de benefícios/proventos, quando de solicitação pelo Instituto de Previdência dos Servidores Públicos do Município de Miguelópolis - IPSPMM, ficando ainda, a respectiva instituição financeira, isenta de toda e qualquer responsabilidade quanto aos procedimentos então adotados pelo órgão pagador.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Local      |  | Data      |  | Assinatura |