



17. REQUERIMENTO

Autorização para alteração dos dados bancários



Ao Presidente do Instituto de Gestão Previdenciária do Estado do Tocantins – IGEPREV-TOCANTINS,

DADOS DO REQUERENTE

1. Requerente: _____
2. CPF: _____ RG: _____
3. Endereço: _____
4. Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
5. Telefone: _____ Celular: _____
6. E-mail: _____

REPRESENTANTE LEGAL:

7. Nome: _____
8. Condição: () Tutor () Curador () Procurador () Representante (Pais)
9. CPF: _____ RG: _____ Telefone: _____
10. Endereço: _____
11. Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Na qualidade de: () Inativo () Pensionista () Beneficiário de pensão alimentícia

12. DADOS BANCÁRIOS

Banco _____ Agência _____ Conta _____
Tipo de conta: _____

13. AUTORIZAÇÃO

Autorizo a Gerência da Folha de Pagamento do IGEPREV/TO, a realizar o seguinte procedimento, para recebimento do benefício e/ou pensão alimentícia:

- () Alteração de dados bancários.
() Desbloqueio de pagamento.

Nestes termos, pede deferimento.

Cidade/data: _____, _____ / _____ / _____

Assinatura do requerente