



# 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: _____
<b>REPRESENTANTE LEGAL:</b>
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

### Observação:

O requerimento deve ser assinado pelo requerente conforme assinatura constante no documento de identificação