|  |  |
| --- | --- |
| **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 |