

**TERMO DE OPÇÃO
ALTERAÇÃO DOMICÍLIO BANCÁRIO
INSS**

NOME DO BENEFICIÁRIO:			
NÚMERO DO BENEFÍCIO:			

DADOS DO COOPERADO	
CPF:	
Endereço:	
Bairro:	
CEP:	
Cidade/UF:	
Telefone:	
Celular:	
Data nasc:	

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, sob minha total responsabilidade, a Cooperativa de Economia e Crédito dos Empregados dos Correios Ltda, Banco 756, agência 4297-8, efetuar a transferência do Benefício do INSS, do Banco _____, para minha Conta Corrente nº _____ mantida nesta cooperativa.

Local: _____ / ____ / _____
