

TERMO DE OPÇÃO
Pagamento de Benefícios do INSS

Nome do Beneficiário: _____

Número do Benefício: _____

NIT (se houver): _____

Alteração de domicílio bancário
(para a transferência do benefício de outra instituição para a Cooperativa)

Conta corrente na Cooperativa (obrigatório): _____

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, sob minha total responsabilidade, a **Cooperativa de Economia e Crédito Mútuo dos Empregados e Servidores da Sabesp e em Empresas de Saneamento Ambiental do Estado de São Paulo** – Sicoob Cecres, cód. 817498, a efetuar a alteração assinalada, relativa ao benefício acima citado.

Local e data

Assinatura do Beneficiário

Para uso do Sicoob Cecres	
Data: __/__/____ Recebido por: _____	Data: __/__/____ Efetivado por: _____